Rok XLIX. Kraków, dnia 16. lipca 1910. Nr 29.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Problemat dziedziczności w patologii.

(Podług wykładu na uroczystem posiedzeniu Wydziału lekarskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu w dniu 17. kwietnia 1909).

Napisał

Prof. Dr Karol Klecki.

(Ciąg dalszy).

Łożysko przepuszcza atoli w stanach zakaźnych nietylko zarazki, krążące we krwi matki, ale podobnie, jak w stanach toksycznych przepuszcza ono związki ołowiu, arsenu, fosforu, jodek i bromek potasu, makowiec, atropinę, strychninę, chininę i inne trucizny, tak samo tutaj przepuszcza ono krążące we krwi matki toksyny mikrobów, które doprowadzone do płodu ustrój jego zatruwają. Wprawdzie w stanach toksycznych matki może dochodzić do ustroju płodu stosunkowo mniej jadu, niż krąży we krwi matki, jak to wskazują doświadczenia Savoryego, w których po zatruciu zwierząt ciężarnych strychniną matka padała, płód zaś znosił to zatrucie, jednakże w stanach zakaźnych przechodzi do płodu częstokroć taka ilość nie osłabionego jadu, że powstają stąd w jego ustroju wybitne zmiany patologiczne. Wogóle zatrucie płodu jest sprawą groźniejszą, niż analogiczne zatrucie ustroju dojrzałego, z tego powodu, że czynność obronna nerek jest u płodu słabsza, niż po urodzeniu, a wobec tego, że glikogen, który jest w jakimś dotychczas bliżej jeszcze nie poznanym związku z czynnością antytoksyczną wątroby, gromadzi się w tym narządzie dopiero w drugiej połowie ciąży, należy przypuszczać, że i ochrona od zatrucia, jaką w późniejszem życiu daje wątroba, w pierwszej połowie życia płodowego odpada. Impregnacya płodu przez toksyny mikrobów, krążących we krwi matki, wywołuje zaburzenia odżywcze płodu, wady w jego rozwoju i jego obumarcie, co pociąga za sobą poronienie, jak to widać z doświadczeń Charrina i Gleya, którzy zatruwali królice ciężarne jadami zarazka ropy błękitnej. Nawiasem wspomnę, że tak samo, jak jady mogą przechodzić z matki na płód, mogą one, jak to wykazali Charrin i Gley, oraz Charrin i Nobécourt, przechodzić z płodu do ustroju matki i zatruć go.

We wszystkich stanach zakaźnych matki, w których płód cierpi wskutek zadziałania nań toksyn mikrobów, doprowadzonych do jego ustroju przez łożysko, sprawa polega na t. zw. zatruciu łożyskowem, a z dziedzicznością niema ona równie, jak i zakażenie łożyskowe, nic wspólnego.

W sprawach zakaźnych rodziców stan patologiczny płodu może być dziedzicznym jedynie wówczas, gdy wskutek choroby rodziców ich komórki rozrodcze jeszcze przed zapłodnieniem ulegają takim zmianom, że stąd wynika stan patologiczny powstałego z nich zarodka. Pierwszy przykład takiej dziedziczności patologicznej w sprawach zakaźnych podał jeszcze Pasteur, który zauważył, że z niezakażonych jajek jedwabników, zakażonych zarazkiem pebryny, powstają młode owady, zarazkiem tym wprawdzie nie zakażone, ale okazujące wybitne usposobienie do zakażenia pebryną. Pasteur zauważył także, że w innej chorobie jedwabników, t. zw. flacheryi, przekazuje się dziedzicznie osłabienie przewodu pokarmowego. Otóż takie usposobienie chorobowe lub też osłabienie płodu w tym, czy innym kierunku jest w danym przypadku skutkiem uszkodzenia komórek rozrodczych, a względnie plazmy zarodkowej, a zatem sprawą dziedziczną. Możnaby wprawdzie w myśl poglądów Weismana zarzucić, że w stanach zakaźnych czynnik chorobotwórczy, działający na komórki somatyczne, działa równocześnie bezpośrednio i na plazmę zarodkową. Atoli zarzut ten w tym przypadku nie opierałby się na pewnych podstawach, a z równem, jeżeli nie większem, prawem wolno nam twierdzić, że w wielu sprawach zakaźnych, zwłaszcza takich, które pierwotnie są usadowione poza narządami rodnymi, szkodliwy wpływ na komórki rozrodcze może być tylko wtórnym, a zarazem zawisłym od stanu komórek somatycznych, jednem słowem wpływem pośrednim, czyli dziedzicznym.

W oświetleniu powyższych wywodów sprawa dziedziczności w gruźlicy przedstawia się w następujący sposób.

Gruźlica, jakkolwiek rzadko, może być niewątpliwie chorobą wrodzoną; świadczy o tem kilkadziesiąt pewnych przypadków gruźlicy płodów, oraz noworodków ludzkich i zwierzęcych, w których stwierdzono gruzełki, a względnie obecność prątków gruźlicy. W tym względzie niestety tylko materyał anatomo-patologiczny jest rozstrzygający, gdyż próba tuberkulinowa, jakoteż i serodyagnostyka stale tu zawodzą: według Schreibera, Hutinda i Toleda próba tuberkulinowa u noworodków rodziców gruźliczych daje zawsze wynik ujemny, a serodyagnostyka zawodzi tu również, zdaniem Descosa z powodu własności aglutynacyjnych surowicy dzieci, innych, jak u osób dorosłych. W gruźlicy ojca, gdy narządy rodne są zdrowe, nasienie nie zawiera prątków gruźlicy (Cornet); w tych zaś przypadkach, w których prątki Kocha znajdują się w nasieniu, nie jest rzeczą stwierdzoną, czy mogą one istotnie zakażać plemniki. Gaertner wstrzykiwał świnkom morskim do jąder prątki gruźlicze, oraz wywoływał zakażenie ogólne wielką ilością tych prątków u samców świnek morskich; mimo to, że nasienie tych zwierząt zawierało prątki gruźlicze, ani jedna z młodych świnek, spłodzonych przez takich samców, nie okazała gruźlicy wrodzonej, gdy tylko samiec był gruźliczy, a samica zdrowa.

M. Koch i Rabinowitsch stwierdzili obecność prątków gruźlicy w jajach ptasich, ale gruźlicy piskląt, powstałych z takich jaj, również nie stwierdzono. A zatem zakażenie zarodkowe w gruźlicy nie jest dotychczas rzeczą dowiedzioną.

Natomiast w gruźlicy wrodzonej wielką rolę musi odgrywać zakażenie łożyskowe, prątki gruźlicy przechodzą bowiem przez łożysko; zwłaszcza w takich przypadkach, w których powstają gruzełki w łożysku, ten sposób zakażenia płodu jest niewątpliwym. To też, jak to wszyscy badacze stwierdzają, dla zdrowia płodu znacznie groźniejszą jest gruźlica matki, niż gruźlica ojca; jednakże i gruźlica ojca ma tu wielkie znaczenie, mianowicie z tego względu, że ojciec może zakazić matkę, a matka płód. Dla płodów matek gruźliczych wielkie znaczenie musi mieć również zatrucie łożyskowe wytworami prątka Kocha; jasną bowiem jest rzeczą, że jeśli wytwory te krążą we krwi matki i przez to na cały jej ustrój szkodliwie wpływają, nie mogą one nie działać na płód, do którego ze krwią matczyną dochodzą. Już Arloing doszedł do przekonania, że taka impregnacya płodu jadem prątka gruźlicy stwarza u niego usposobienie do gruźlicy. Atoli sprawę tę oświetliły należycie dopiero doświadczenia Carrièrea, ogłoszone w roku 1900. Carrière zatruwał świnki morskie toksynami prątków gruźlicy, produktami i pozostałością przekroplenia bulionu, w którym hodował te prątki, oraz wyciągami toluolowym, eterowym i ksylolowym z prątków Kocha; okazało się, że najsilniej trująco działały produkty przekroplenia ciekłego podłoża prątków. Zatruwane świnki parzył Carrière ze sobą i badał pochodzące od nich potomstwo; pokazało się, że ilość miotów u takich świnek morskich zmniejszyła się, że często ich płody obumierały, a rzucone młode szybko ginęły, te zaś, które żyły dłużej, były wogóle słabsze, niż młode, pochodzące od rodziców zdrowych. Najsilniej cierpiały młode świnki morskie, gdy zarówno samiec, jak i samica były zatrute, już słabiej, gdy zatruta była tylko samica, a najmniej, gdy tylko samiec był zatruty. Największym zaś wynikiem tych doświadczeń było to, że młode, pochodzące od świnek zatrutych, okazywały znaczną wrażliwość na zakażenie prątkiem gruźlicy, innemi słowy były do tego zakażenia usposobione. Niezmiernie ciekawe w tym względzie są również doświadczenia Marmorka z r. 1907. Marmorek wstrzykiwał różnym świnkom morskim krew, wziętą ze zwierząt zakażonych prątkiem gruźlicy, zawierającą tego prątka w stanie osłabionym, a zatem o stosunkowo niewielkiej jadowitości. U świnek morskich, pochodzących od matek zdrowych, a nawet w słabym stopniu gruźliczych, nie wystąpiły po owem wstrzyknięciu żadne zmiany patologiczne; natomiast u świnek morskich, pochodzących od matek w wysokim stopniu gruźliczych, powstawała w tych warunkach wybitna gruźlica jamy brzusznej i płuc. Innemi słowy u zwierząt, pochodzących od matek wybitnie gruźliczych, a zatem usposobionych do gruźlicy prawdopodobnie wskutek swoistego zatrucia łożyskowego, jadowitość wprowadzonego do ustroju osłabionego prątka gruźlicy wzmagała się i wskutek tego powstawała u tych zwierząt ciężka gruźlica. Z doświadczeń Carrièrea i Marmorka wynika zatem, że usposobienie do gruźlicy potomstwa sprowadzić może zatrucie ustroju rodziców jadami prątka gruźlicy i że u osobników, usposobionych do gruźlicy, prątek Kocha wzmaga swą jadowitość. Zatrucie ustroju matki może działać na rozwijający się płód i wywołać w ten sposób jego zatrucie łożyskowe. Ale ta okoliczność, że pewne usposobienie do gruźlicy powstaje nawet wówczas, gdy tylko samiec jest zatruty, przemawia za tem, że obok zatrucia łożyskowego może tu wchodzić w grę także zatrucie, czy jakieś inne uszkodzenie plazmy zarodkowej, czy to ojca, czy matki. I tu oczywiście nasuwa się pytanie, czy to uszkodzenie plazmy zarodkowej jest bezpośrednie, od komórek somatycznych niezależne, czy też jest ono wtórne i dziedziczne. Rozstrzygnąć tego pytania z wszelką pewnością w dzisiejszym stanie nauki nie możemy, jednakże, jak to już wyżej zauważono, jesteśmy zupełnie uprawnieni przypuszczać, że istotnie zachodzi tu wtórne uszkodzenie plazmy zarodkowej, które do powstania usposobienia do gruźlicy przyczynić się może.

Z powyższego przedstawienia wynika, że wrodzone usposobienie do gruźlicy, a przekazanie zarazka gruźlicy przez matkę w życiu płodowem, względnie ewentualnie przez ojca jako zakażenie zarodkowe, są sprawami zupełnie od siebie niezależnemi. Przytoczona powyżej okoliczność, że usposobienie do gruźlicy przechodzi na potomstwo częściej z matki, niż z ojca, jak również wyniki doświadczeń Carrièrea przemawiają za tem, że usposobienie do gruźlicy powstaje głównie wskutek zakażenia łożyskowego; nie można atoli wyłączyć tu i czynnika dziedzicznego, mianowicie wtórnego uszkodzenia plazmy zarodkowej rodziców, wywołanego również przez pierwotne zatrucie ustroju rodziców toksynami prątka gruźlicy. Najbliższym prawdy wydaje się przeto pogląd, że usposobienie do gruźlicy jest własnością wrodzoną, głównie nabytą w życiu płodowem, a może w części i dziedziczną, właściwe zaś zakażenie prątkiem Kocha przychodzi ze świata zewnętrznego, jako sprawa w późniejszem życiu nabyta.

Usposobienie do gruźlicy polega głównie, jak to twierdzi wielu patologów, na szczególnej skłonności tkanek do rozpadu serowatego pod wpływem prątka gruźlicy; obok tego należy uwzględnić okoliczność, wynikającą z doświadczeń Marmorka, że u osobników do gruźlicy usposobionych jadowitość prątka Kocha się potęguje. U osobników do gruźlicy usposobionych powstają atoli obok skłonności do swoistego zserowacenia tkanek jeszcze różne zaburzenia odżywienia, oraz wady rozwojowe, jakie powyżej już wyszczególniono. Ze wszystkich tych zmian najpospolitszą jest niewątpliwie szczególna budowa klatki piersiowej, o której wyżej była mowa. Ponieważ usposobienie do gruźlicy przekazuje dzieciom najczęściej matka, słusznem wydaje się przypuszczenie, że owe zaburzenia i zmiany patologiczne w stanie tym spotykane, są głównie skutkiem zatrucia łożyskowego. Na tej samej podstawie wolno wnosić, że i inne zmiany, spotykane u potomstwa osób gruźliczych, n. p. wrodzone wady serca, zwłaszcza stosunkowo często powstające tu zwężenie ujścia żylnego lewego, są również skutkiem zatrucia płodu toksynami prątka Kocha, krążącemi we krwi matki.

Usposobienie do gruźlicy jako stan wrodzony występuje jednak nietylko u potomstwa rodziców gruźliczych. Już wyżej zauważono, że powstaje ono również u potomstwa alkoholików i zakażonych kiłą. Jest to zatem stan, który powstaje niekoniecznie wskutek zadziałania swoistych toksyn na płód, czy też bezpośrednio lub pośrednio na plazmę zarodkową rodziców, ale i wskutek działania innych, nie swoistych czynników szkodliwych. Sprawa dziedziczności usposobienia do gruźlicy w powyższych przypadkach, przedstawia się tak samo, jak u potomstwa rodziców gruźliczych, mianowicie może tu wchodzić w grę dziedziczność, o ile plazma zarodkowa rodziców cierpi wtórnie wskutek stanu patologicznego komórek somatycznych, obok tego zaś może tu zachodzić śródmaciczne uszkodzenie płodu, ułatwiające, czy to przez zaburzenia odżywcze, czy też przez osłabienie energii życiowej komórek płodu rozwój prątka Kocha, który się doń dostanie, i przez to wywołujące usposobienie do gruźlicy wprawdzie wrodzone, ale nabyte, podobnie jak i w późniejszem życiu może powstać usposobienie do gruźlicy jako stan nabyty wskutek zadziałania na ustrój różnych czynników szkodliwych.

Sprawa dziedziczności kiły jest jeszcze mniej jasna, niż dziedziczności gruźlicy, a to dlatego, że, jak wiadomo, dopiero niedawno poznano mikroba, który według wszelkiego prawdopodobieństwa jest swoistym zarazkiem kiły, i że jest to choroba, której wywołanie u zwierząt napotyka na wielkie trudności, tak że doświadczeń laboratoryjnych w tym względzie dotąd nie posiadamy, a wiadomości nasze opierają się tylko na spostrzeżeniach lekarskich.

Ze spostrzeżeń tych wynika, że zarówno ojciec, jak i matka, mogą przekazać kiłę potomkowi. Jeśli tylko ojciec jest chory, a matka jest zdrowa, płód zazwyczaj obumiera

i matka go roni; płód w takich przypadkach może matkę zakazić, niekiedy jednak może on nie zakazić matki, a nawet ją uodpornić na kiłę (prawo Collesa). Gdy tylko matka jest kiłą zakażona, a ojciec jest zdrowy, dziecko może być kiłą dotknięte, mianowicie gdy zakażenie matki nastąpiło przed poczęciem, albo już w ciąży, przed 7-mym jej miesiącem, przyczem choroba płodu może być cięższa, niż choroba matki, a usadowienie jej może być inne, albo też dziecko może być na kiłę uodpornione według prawa Profety, od którego zresztą dość często zdarzają się wyjątki, to jest dziecko może być wprawdzie zdrowe, ale na kiłę bynajmniej nie uodpornione.

W ciągu ostatnich lat wykazano u osób kiłą dotkniętych obecność krętka bladego zarówno w jądrach, jakoteż w jajnikach, i to w pęcherzykach Graafa; wykazano go również w tkankach płodów, niekiedy nawet w bardzo wczesnych okresach ich rozwoju. Wobec tego że kiła wrodzona może wystąpić i wówczas, gdy tylko ojciec jest chory, możliwą jest rzeczą, że powstaje tu, przynajmniej w niektórych przypadkach, zakażenie zarodkowe. Również możliwem jest tu w przypadkach, gdy matka jest chora, zarówno zakażenie, jakoteż i zatrucie łożyskowe. Nadto, zarówno w chorobie ojca, jak i matki, a tembardziej obojga rodziców, możliwem jest uszkodzenie zarodkowe, powstałe wskutek zadziałania czynnika chorobotwórczego na plazmę zarodkową w narządach rodnych jednego z rodziców, czy też ich obojga. Czy to działanie jest tu bezpośrednie, od stanu komórek somatycznych niezależne, czy też wtórne, pośrednie, a więc dziedziczne, orzec z pewnością i w tym przypadku nie można. Tak samo nie da się powiedzieć, czy nieswoiste zmiany, jakie u potomstwa chorych na kiłę spotykamy, są zmianami we właściwem znaczeniu dziedzicznemi, czy też są skutkiem bezpośredniego zadziałania czynnika chorobotwórczego na plazmę zarodkową, a względnie zatrucia łożyskowego płodu, a więc zmianą nabytą.

Co do powstawania trądu, jaki rodzice przekazują potomstwu, wiadomości nasze są jeszcze mniejsze, niż w powyżej omówionych dwu sprawach zakaźnych. Z badań Klingmüllera i Webera, oraz Kalindera wiadomo, że u trędowatych swoisty zarazek może się znajdować w nasieniu, oraz gruczołach rodnych zarówno męskich, jakoteż i żeńskich, i to nawet wówczas, gdy narządy te żadnych dających się wykazać zmian anatomo-patologicznych nie przedstawiają. A zatem nie można tu wyłączyć zakażenia zarodkowego, jakkolwiek według wszelkiego prawdopodobieństwa i w trądzie wrodzonym choroba może powstać podobnie, jak w gruźlicy i kile, w inny sposób, mianowicie wskutek zakażenia łożyskowego, a zatrucie łożyskowe, oraz uszkodzenie zarodkowe bezpośrednie, czy pośrednie, do powstania choroby również przyczynić się mogą. Dowodu, by trąd wrodzony był sprawą dziedziczną, podobnie jak w powyżej omówionych zakażeniach, nie posiadamy.

W zatruciach, zwłaszcza przewlekłych, łożyskowe zatrucie płodu może niewątpliwie odbić się szkodliwie na jego rozwoju i zdrowiu w dalszem życiu. Atoli okoliczność, że przewlekłe zatrucie ojca, zwłaszcza alkoholem, którego działanie na potomstwo jest ze wszystkich jadów, wywołujących zatrucie przewlekłe, najlepiej poznane, zupełnie wystarcza do powstania u potomka poważnych zaburzeń czynnościowych, a nawet zmian anatomicznych, wskazuje, że w tym przypadku uszkodzenie plazmy zarodkowej niezmiernie wielkie ma znaczenie. Czy uszkodzenie to jest tutaj bezpośrednie, co ze względu na szybkość, z jaką wprowadzony do ustroju wyskok zostaje wchłonięty i doprowadzony przez krew do różnych narządów, wydaje się rzeczą zupełnie możliwą, czy też uszkodzenie plazmy zarodkowej powstaje wskutek pierwotnych zaburzeń i zmian w komórkach somatycznych, a więc czy to uszkodzenie jest dziedzicznem, czy wreszcie zachodzi tu zarówno jedno, jak i drugie, i tutaj rozstrzygnąć nie można.

Zjawiska telegonii czyli impregnacyi są jeszcze, jak to już zaznaczyłem, niezupełnie jasne. Bernard tłómaczył je przez niezupełne zapłodnienie jajek w otoczeniu jajka zapłodnionego. Według Boucharda zachodzi tu impregnacya matki przez wytwory pierwszego płodu, która odbija się na późniejszem potomstwie. Correns sądzi również, że tu zachodzi jakiś wpływ płodu na matkę; nie może tu zachodzić, jego zdaniem, bezpośredni wpływ plemników na ustrój matki, gdyż te działać mogą tylko na jajko. Jeżeli przyjąć tłómaczenie Boucharda lub Corrensa, zjawisko impregnacyi sprowadzałoby się do przekazania dziedzicznego potomstwu własności nabytej, wskutek zmiany w plazmie zarodkowej matki, powstałej pośrednio, jako odbicie się w plazmie tej stanu ogólnego ustroju; niepodobna bowiem przypuszczać, by płód, czy jego wytwory mogły działać bezpośrednio na plazmę zarodkową ustroju matczynego.

Powyżej przytoczone spostrzeżenia, poczynione przez różnych biologów z życia różnych zwierząt, oraz z hodowli zwierząt domowych, przemawiające za dziedziczeniem się własności nabytych, wartości ścisłego dowodu w tym względzie nie przedstawiają, możliwą bowiem jest rzeczą, że odnoszące się tu zjawiska sprowadzają się, jak to uważa Weismann, bądź do atawizmu, bądź do skutków doboru płciowego, dokonanego z pożytkiem dla gatunku w danym kierunku.

Przytoczone powyżej doświadczenia, przemawiające za dziedziczeniem się własności nabytych, tezy tej również ściśle nie dowodzą, zwłaszcza przy uwzględnieniu tych poglądów Weismanna, które wydają się zupełnie słuszne. W doświadczeniach bowiem z dziedziny botaniki, w których działały na ustrój roślin czynniki fizyczne, czy klimatyczne, niepodobna wyłączyć bezpośredniego ich działania na plazmę zarodkową. Doświadczenia Standfussa i Fischera, które niewątpliwie bardzo silnie przemawiają za dziedziczeniem się własności nabytych, przedstawiają również tę słabą stronę, że czynnikiem sprowadzającym u motyli zmianę skrzydeł była ciepłota, która, jak to zresztą sam Fischer przyznaje, mogła była działać bezpośrednio na ich plazmę zarodkową; Weismann zaś sądzi, że w doświadczeniach tych przejawia się tylko atawizm, a względnie selekcya zarodkowa. Doświadczenia M. Chauvin na aksolotlach, oraz doświadczenia Kammerera na salamandrach, przemawiające również bardzo silnie za dziedziczeniem się własności nabytych, są podobne do poprzednich o tyle, że i tutaj czynniki sprowadzające zmianę, były czynnikami fizycznymi. Lecz w tych doświadczeniach trudniej jest, niż w innych, przypuścić, by działanie ich było zwrócone bezpośrednio na plazmę zarodkową; wydaje się zaś bardziej prawdopodobnem, że zadziałanie na plazmę zarodkową odbywało się tu za pośrednictwem komórek somatycznych, czyli że zmiana nabyta stała się tu dziedziczną. Słabszą zaś stronę tych doświadczeń stanowi ta okoliczność, że zmiana w ustroju zwierząt, jaką sztucznie sprowadzano, a która przekazywała się potem dalszym pokoleniom, miała niewątpliwie tło atawistyczne.

Doświadczenia Cunnighama na rybach płaskich mają tę słabą stronę, że czynnikiem sprowadzającym zmianę, było światło. W doświadczeniach Férégo, w których alkoholizował on jaja kurze, niepodobna wyłączyć tej okoliczności, że jad mógł tu bezpośrednio zadziałać na plazmę zarodkową. Doświadczenia, w których okaleczano zwierzęta wyższe i badano skutki zmiany stąd powstałej dla ich potomstwa, nie przyczyniły się zupełnie do wyświetlenia spornej sprawy dziedziczenia się własności nabytych. To, że okaleczenia, czy odjęcie części zewnętrznych nie sprowadzały zmian dziedzicznych, bynajmniej przeciwko dziedziczeniu się własności nabytych nie świadczy, albowiem nie wydaje się rzeczą konieczną, by zmiany, sprowadzone w ustroju dorosłym w takich jego częściach, które nie są do życia koniecznie potrzebne, i które poważnego zaburzenia w całym ustroju nie wywołują, musiały się odbić w jego plazmie zarodkowej. Jak to słusznie zauważa Rignano, amputacya nie stanowi jakiegoś wpływu, do którego tylko ewen-

tualne przystosowanie się mogłoby się dziedziczyć, ale jest skutkiem takiego wpływu, czy zadziałania na ustrój, Semon zaś podnosi, że w ustroju jest jakby siła, przeciwdziałająca brakom w nim powstałym, ujawniająca się w dalszych pokoleniach jeszcze silniej, niż u osobnika uszkodzonego; wyrazem tej siły jest u zwierząt niższych zdolność odradzania sztucznie odjętej części, u zwierząt wyższych zaś sprawy regeneracyjne, występujące przy gojeniu się ran, oraz zdolność płodzenia potomstwa prawidłowego, danego braku nie okazującego.

Doświadczenia Brown-Séquarda nad padaczką, sztucznie wywołaną u świnek morskich, również dziedziczenia się własności nabytych ściśle nie dowodzą. Baumgarten czyni doświadczeniom tym zarzut, że czynnik szkodliwy działał w nich równocześnie na komórki somatyczne, oraz na plazmę zarodkową. Ale pomijając nawet ten pogląd, którego podstawy zresztą bynajmniej nie są pewne, nie można doświadczeń Brown-Séquarda uważać za rozstrzygające w danej sprawie już dlatego, że napady padaczkowe zupełne nie występują bynajmniej stale u świnek morskich, operowanych sposobem Brown-Séquarda; sam Brown-Séquard, gdy powtórzył swoje doświadczenia, przeprowadzone poprzednio w Paryżu, w Ameryce Północnej, nie mógł wywołać u miejscowych świnek morskich zupełnych napadów padaczkowych, co później starał się wytłómaczyć odmiennym klimatem Ameryki Północnej, oraz odrębnością rasy tamecznych świnek morskich. Ziegler już w r. 1885 słusznie podniósł, że świnki morskie, przez długi szereg pokoleń hodowane w naszych zakładach naukowych, są zwierzętami o układzie nerwowym przeczulonym i osłabionym, u których zarówno drgawki jakoteż i inne zaburzenia nerwowe niezmiernie łatwo powstają, tak, że jest bardzo trudno w danym przypadku orzec, co na karb dziedziczności, a co na karb indywidualnej wrażliwości nerwowej zwierzęcia położyć. Późniejszy zarzut Sommera, że te zmiany, jakie występują u potomstwa świnek morskich operowanych podług Brown-Séquarda, nie stanowią właściwej padaczki, ale są skutkiem wpływu, jaki operacya wywiera na cały ustrój zwierzęcia, a przez to i pewnego osłabienia jego potomstwa, ze względu na sprawę dziedziczenia się własności nabytych ma tu mniejszą wagę.

(C. d. n.).

Z oddziału i kliniki laryngologicznej Prof. Pieniążka w Krakowie.

Dwieście siedemdziesiąt trzy przypadki twardzieli

leczone w latach 1894—1910

podał

Dr Antoni Pachoński
asystent kliniki.

(Ciąg dalszy).

W r. 1904 (25. V. do 4. VIII.) przepalono zrost strun, wycięto śródkrtaniowo guz twardzielowy z tylnej ściany krtani.

W r. 1905 (6. VII. do 27. VII.) laryngofisura i wycięcie wałowatych twardych zgrubień w dolnej części krtani.

Rok 1907 (8. V. do 20. VII.). Chora powróciła do kliniki ze znaczną dusznością i sinicą.

Krtań stosunkowo swobodna i tylko z przodu jest szpara oddechowa nieco zwężona przez naciek różowawy.

Tracheoskopia dolna: Tchawica w całości jednostajnie i obficie naciekła, zgrubienie klina podziałowego, naciek wejścia do obu oskrzeli. Po wyskrobaniu odma podskórna, obejmująca powieki, całą twarz, klatkę piersiową i część brzucha. Po kilku tygodniach odma zupełnie ustąpiła.

25. VI. druga tracheoskopia dolna i wyskrobanie resztek nacieków w tchawicy.

W r. 1908 (29. VI. do 24. VII.) powtórzono tosamo.

Rok 1909 (25. VI. do 21. IX.). Klin podziałowy zgrubiały, w obu oskrzelach płaskie nacieki, zacieśniające światło, wskutek czego powietrze trudno do płuc dochodzi. W krtani zmiany bliznowate, szpara wązka i chora przy zatkaniu kaniuli oddychać nie może.

Wyskrobanie obu oskrzeli, poczem powietrze dochodzi dobrze do dolnych części płuc, a do górnych słabiej. W miesiąc później wycięto przez przetokę zgrubienia ponad kaniulą i krtań rozszerzono rurkami Schröttera.

24. VIII. Częściowo wyskrobano łyżeczką ostrą a częściowo rozszerzono tracheoskopem z mandrynem znacznie zwężone wejście do lewego oskrzela.

9. IX. Wejście do lewego oskrzela silnie ściągnięte. Przy tracheoskopii dolnej rozszerzono wejście mandrynem, a zdarte przytem i zwisające kawałeczki błony śluzowej usunięto szczypczykami.

10. IX. Od wczoraj krwawienie. Krew sączy się punkcikami z klina podziałowego, jak również ze ściany bocznej lewego oskrzela. Wysmarowanie adrenaliną tłumi krwawienie tylko chwilowo. Przypalenie punkcików krwawiących długim elektrokauterem pozostaje bez skutku, bo nie widać wszystkich miejsc krwawiących. Co jakiś czas chora kaszle i wyrzuca po trochu krwi płynnej, ciemnej. Lód na mostek. Ergotyna.

12. IX. Od rana już niema krwawienia, stan ciągle bezgorączkowy, badaniem fizycznem klatki piersiowej tego dnia i w dniach następnych nie stwierdzono ognisk zapalenia aspiracyjnego.

W roku 1910 (10. III. do 28. IV.) tchawica na całej długości pokryta gładką blizną, oskrzele prawe dość szerokie, lewe silnie bliznowato ściągnięte, nigdzie nie widać świeżych nacieków. Rozszerzono oskrzele bronchoskopem, a bliznowato pościąganą krtań czopkami Thosta po częściowem wycięciu blizny na ścianie bocznej i tylnej przy wejściu do krtani od strony przetoki. W nosie, w całości twardym i wypełnionym szaro-białymi naciekami, nie podejmowano żadnych zabiegów z powodu znacznego osłabienia chorej.

Zabiegi lecznicze, jakie stosujemy przy twardzieli tchawicy i oskrzeli, przedstawiają się dość ubogo i w tych paru opisach, jakie powyżej przytoczyłem, niemal się wyczerpują. Świeże, obfite nacieki usuwamy ostrą łyżeczką przy tracheoskopii górnej lub dolnej, więcej płaskie lub ogniskowe zabiera już nawet tępy brzeg lejka tchawicznego. Krwawienie bywa przytem zazwyczaj zależne od rozległości zmian, czasami, zwłaszcza przy naciekach świeżych, silniej unaczynionych, dość znaczne, mija jednakże wkrótce po ukończeniu zabiegu, a tylko w dwu przypadkach utrzymywało się przez 2 i 3 dni, przyczem chore odkrztuszały często krew płynną. U żadnej z tych, ani u innych chorych nie nastąpiło aspiracyjne zapalenie płuc. Po wyskrobaniu nacieków rozszerza się tchawicę albo przez założenie na szereg dni, a nawet tygodni długiej elastycznej kaniuli Pieniążka, albo też u chorych nietracheotomowanych wprowadza się co kilka dni miękkie zgłębniki tchawiczne lub przy tracheoskopii górnej lejek tchawiczny z introduktorem, usuwając przy sposobności resztki dawnych lub świeże nacieki. Zmiany stare i blizny, wywołujące zgrubienie ścian tchawicy, występują nieraz do światła tchawicy jako fałdy po-

dłużne, jakby zwiotczałe ściany. Aby je odchylić i utrzymać w położeniu prawidłowem, trzeba długo i często wprowadzać zgłębniki elastyczne, lub lejki tchawiczne, a nawet wykonać tracheotomię i założyć na dłuższy czas długą kaniulę elastyczną. Poza tem leczenie ogranicza się do systematycznego wdychiwania 2% dwuwęglanu sodowego dla rozwilżenia i wysuszenia łatwo zasychającej wydzieliny.

Tracheo-bronchoskopię górną stosowano ogółem u 25 chorych, tj. u 12, którzy nie mieli żadnych zmian w krtani i u 13 z twardzielą krtani, bądźto dawniej tracheotomowanych i dekaniulowanych, bądźto leczonych śródkrtaniowo krwawo lub bezkrwawo. W tej liczbie uwzględniam tylko tych chorych, u których tracheo-bronchoskopii używaliśmy do celów leczniczych (rozszerzań) i do zabiegów operacyjnych, nie biorąc w rachubę tych, u których posługiwano się tą metodą tylko dla celów rozpoznawczych. Ogółem chorzy znosili zabiegi te dobrze przez całe dziesiątki minut, a wprowadzenie długiej nieraz rury tchawiczno-oskrzelowej jest szczególnie łatwe u chorych duszących się, zwłaszcza przy ponownych wprowadzeniach, kiedy chory nietyle się przyzwyczaił do tracheobronchoskopii, ile nauczył cenić ją jako jedyny środek, po którym bezpośrednio doznaje ulgi. Obrzmienie krtani po bronchoskopii i duszność taka, że musiano zaraz wykonać tracheotomię, zdarzyły się dwukrotnie u jednej chorej z twardzielą gardła (guziczek na łuku przednim prawym) i krtani (naciek strun prawdziwych i okolicy podgłośniowej, bez zwężenia, bezgłos), u której tracheobronchoskopię wykonano dla celów rozpoznawczych i u tej chorej poza tracheotomią nie było żadnych dalszych następstw. U innej jednak chorej skończyło się obrzmienie krtani po bronchoskopii śmiercią. Przypadek ten przedstawia się następująco:

Aniela P...., lat 20, żona wyrobnika z Dydni w Brzozowskiem. Przyjęta na klinikę 3. X. 1903.

Stan obecny: Nos: Rhinitis crustosa.

Gardło: Łuk tylny prawy w dolnej części wrzecionowato zgrubiały i zrośnięty z tylną ścianą gardła.

Krtań: Na tylnej części więzadła rzekomego prawego guzek wielkości groszku o powierzchni nierównej, barwy szarawej. Takiż guzek na przednim końcu więzadła rzekomego lewego i w kącie przednim pod więzadłami. Struny prawdziwe różowawe naciekłe. Pod niemi nacieki szarawe wystające poza brzegi strun i pozostawiające przedni kąt wolny. Zwężenie krtani średniego stopnia.

19. X. Wycięto śródkrtaniowo zgrubienia podwięzadłowe, poczem przy tracheobronchoskopii (Kiliana) stwierdzono rozległe nacieki twardzielowe tchawicy, w części środkowej więcej guzowate, miękkie, które wytwarzały tu znaczne zwężenie okrężne. Nacieki wyjęto szczypczykami, poczem oddech się poprawił. Po bronchoskopii obrzmienie obu fałdów nalewkowo nagłośniowych, większe po stronie prawej.

20. X. Obrzmienie fałdów ustąpiło, duszność, choć mniejsza, utrzymuje się. Tracheoskopia górna, wyskrobanie nacieków tchawicy, oddech swobodny.

30. X. Nacieki więzadeł rzekomych rozszerzają się, szpara głosowa wązka, duszność średniego stopnia.

12. XI. Szpara wązka prawie że linijna, brzegi nacieku nierówne, duszność znaczna. Chora nie zgadza się na tracheotomię.

13. XI. Po południu zwężenie wysokiego stopnia, i na zsiniałej, duszącej się chorej tracheotomia. Przecięto najpierw przerosły gruczoł tarczowy, a gdy poza nim, z powodu silnego krwawienia nie można było szybko odsłonić tchawicy, która była wygięta na stronę lewą, wykonano tyreotomię; miejsce zwężone krtani nie przepuszcza lejka; przedłużenie cięcia na tchawicę. Śmierć z uduszenia się.

Sekcya: Tchawica prawie do podziału na oskrzela zgrubiała; nacieków świeżych w postaci ziarniny niema; w miejscu wyskrobania blizna, Krtań cała zajęta naciekiem twardzielowym.

Poza samą śmiercią, jako fatalnem choć wyjątkowem następstwem zabiegów mechanicznych, uderza w tym przypadku nagłe bujanie nacieków twardzielowych w krtani; one bowiem właściwie były powodem silnej duszności, a nie obrzmienie odczynowe po bronchoskopii, gdyż to obrzmienie wystąpiło po pierwszem tylko badaniu w stopniu nieznacznym i wkrótce znikło. Bronchoskopia jednak i dalsze zabiegi zadziałały same na twardziel, jako silny bodziec mechaniczny, pod wpływem którego nacieki poczęły bujać w sposób wprost złośliwy, zajmując w krótkim przeciągu czasu całą krtań. Takie mechaniczne pobudzenie twardzieli do szybkiego bujania stwierdzono w klinice krakowskiej niejednokrotnie, a nauczeni doświadczeniem wkraczamy czynnie, zwłaszcza w krtani, tchawicy i oskrzelach, tylko wówczas, kiedy zachodzi istotna potrzeba, a więc głównie przy objawach duszności. W innych przypadkach, zwłaszcza gdy dolegliwości, na które się chory skarży, przedstawiają się jako zasychanie lub nieznaczna chrypka, ograniczamy się do wspomnianych już wdychań z 2% roztworu dwuwęglanu sody. Przy istnieniu np. nieznacznych wałeczków pod strunami głosowemi, których trwanie na podstawie wywiadów i zewnętrznych cech ocenić można na kilka, a nawet więcej miesięcy, może chory od stwierdzenia takich zmian przez nas nieraz jeszcze miesiące całe, wśród nieznacznych dolegliwości oddawać się swemu zajęciu, natomiast usuwając te zmiany nawet w zupełności, nie możemy choremu zapewnić większej pauzy w cierpieniu, a nadto, choć wprawdzie wyjątkowo, możemy go narazić na tracheotomię lub silniejsze szerzenie się twardzieli. Wzgląd ten odpada z chwilą wystąpienia zwężenia i duszności, a wtedy dokładnem i częstem usuwaniem nacieków świeżych staramy się uzyskać szybszą ich przemianę włóknistą.

Nacieki twardzielowe w oskrzelach usadawiają się najczęściej tuż przy ich początku. To miejsce zajmowała także opisana powyżej twardziel pierwotna oskrzeli u chorej Anny J. Dopiero przy dalszem rozrastaniu się posuwa się twardziel na oskrzela I. i II. rzędu, nie sięgając już dalej. Oczywiście trudno byłoby twierdzić to na podstawie samej tylko bronchoskopii, nawet przy tak znakomitem oświetleniu, jakie daje bronchoskop Brüningsa. Już bowiem przy twardzieli drugorzędnych oskrzeli jest bronchoskopia ogromnie utrudniona przez twardzielowe zwężenie światła i przez to, że chcąc dojść do tych dalekich gałęzi, trzeba sobie poprzednio torować drogę wśród pni grubszych, a krwawienie, choćby nieznaczne i tamowane już samym uciskiem bronchoskopu na ściany oskrzela, również utrudnia badanie. Wreszcie i dla oszczędzania chorego uciekamy się do takiego zabiegu dopiero w ostateczności, kiedy już duszącego się chorego nic innego ratować nie może. Ale i w przypadkach, które skończyły się śmiercią, nekroskopia również nie wykazała zmian w oskrzelach trzeciorzędnych. Kilka wyjątków z przebiegów choroby najlepiej objaśni szerzenie się twardzieli w oskrzelach i nasze przy tem postępowanie.

I. Wasyl P., lat 22, służący z Wierzbicy, urodzony w Rublaczynie pow. Rawa Ruska, leczony na klinice 1. IX. 1903 — 18. I. 1904.

Nos: Rhinitis atrophica.

Jama nosowo-gardłowa: Naciek blado-różowy, schodzący z boków gardła ku górnej powierzchni podniebienia miękkiego, które podciąga ku górze.

Krtań bez zmian.

Tchawica: Na tylnej i prawej ścianie na wysokości szóstej chrząstki naciek o powierzchni guzowatej wielkości 10 halerzówki. Klin podziałowy (Bronchoskopia górna Kiliana) zgrubiały, naciekły. Wejście do oskrzela lewego szczelinowate. Guz usunięto ostrą łyżeczką.

Szmery oddechowe po stronie lewej klatki piersiowej osłabione.

9. XI, Bronchoskopia Kiliana: Guza tchawicy nie widać, wprowadzenie bronchoskopu do lewego skrzela trudne.

1. XII. Bronchoskopia: Klin podziałowy zgrubiały, widać tylko jego górną powierzchnię i jedną boczną przechodzącą w przyśrodkową ścianę oskrzela prawego. Wejścia do oskrzela lewego wcale nie widać, wydaje się jakby ściana lewa tchawicy przechodziła wprost w klin podziałowy. Ściany oskrzela prawego zgrubiałe, w głębi zwężenie szczelinowate. Po bronchoskopii oskrzele prawe rozszerzyło się, a wejście do lewego stało się widoczne.

15. I. Bronchoskopia Kiliana: Prawe oskrzele zupełnie prawidłowe, widać jego podział na gałęzie drugorzędne; klin podziałowy znacznie zgrubiały. Wejście do lewego oskrzela nieco zwężone. Oddech zupełnie wolny, powietrze dochodzi do obu płuc jednakowo. 18. I. chory opuszcza oddział. Dalsze losy nieznane.

II. Katarzyna B., lat 40, żona rolnika z Wysokiej pow. Strzyżów, 12. X. 1903 — 14. V. 1904.

Chrypka od lat czternastu, w ostatnich miesiącach duszność.

Nos: Rhinitis atrophica.

Gardło: bez zmian.

Krtań: Wejście do krtani prawidłowe, struny rzekome tworzą w przedniej 1/3 długości pletwę. Na jej górnej powierzchni guziczek twardzielowy, takiż w okolicy szypułki nagłośni (petiolus epiglottidis).

Zwężenie nieznaczne, a mianowicie wydech jest nieco przedłużony.

Płuca: Po obu stronach objawy nieżytu oskrzelowego suchego — świsty i gwizdy. Po stronie lewej szmery oddechowe wyraźnie osłabione.

2. XI. Bronchoskopia górna (najpierw wprowadzono tracheoskop Pieniążka, a przez ten tracheoskop dopiero bronchoskop): klin podziałowy zgrubiały; wejście do oskrzela lewego szczelinowate; wejście do oskrzela prawego. szerokie, bez zmian. Samo oskrzele lewe zmian nie okazuje, widać jego dalszy podział na mniejsze gałęzie.

Po bronchoskopii z powodu oderwania brzegiem bronchoskopu tkanki twardzielowej przy wejściu do oskrzela lewego, zwężenie tak podmiotowo, jak i przedmiotowo zmniejszyło się.

6. XI. Bronchoskopia.

7. XI. Szmery oddechowe po obu stronach jednakowego natężenia, objawy suchego nieżytu oskrzeli utrzymują się.

1. XII. Bronchoskopia: klin podziałowy nieznacznie zgrubiały; oskrzele prawe prawidłowe, widać jego podział; wejście do oskrzela lewego szczelinowate, bronchoskop wchodzi tylko z trudem. Oddech po skończeniu zabiegu nieznacznie utrudniony, po stronie lewej nieco słabszy.

16. XII. Przecięcie pletwy między strunami.

15. I. Bronchoskopia: Klin zgrubiały; oskrzele prawe wydaje się okrężnie zwężone, atoli nacieków na jego ścianach nie widać. Oskrzele lewe: wejście szczelinowate, samo zaś oskrzele wyraźnie okrężnie zwężone, i już podziału jego na boczne gałęzie nie widać.

23. II. Bronchoskopią stwierdzono jeszcze ciągle ten sam stan w oskrzelu lewem.

Dopiero przy dalszych bronchoskopiach, w następnych trzech miesiącach, co parę tygodni przedsiębranych, rozszerzono stopniowo zwężenie oskrzela rurami lub mandrynem do tego stopnia, że ostatecznie podział jego na boczne gałęzie znowu stał się widocznym, duszność ustąpiła, szmery oddechowe słyszało się na klatce piersiowej dość słabo, ale w jednakiem nasileniu, a świsty i furczenia pozostały.

Od tego czasu chora już się na klinikę nie zgłaszała.

Dopisek w korekcie: W przypadku twardzieli krtani u Wiktoryi L... (Nr 27 »Przeglądu«), usunięcie kaniuli wykonano już w roku 1882, a nie dopiero 1890.

(Dokończenie nastąpi).

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Prof. Seydel. **O nadawaniu się do operacyi nowotworów płuc i opłucnej.** (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 9). Przy rozpoznawaniu guzów płuc spotykamy wielkie trudności, albowiem często niema żadnych typowych objawów, lecz tylko ogólne (wychudzenie) lub też objawy ucisku narządów sąsiednich. Rozpoznanie ułatwia nakłucie próbne (uczucie ciała twardszego w płucu) i prześwietlanie rentgenowskie. Plwocina czasem bywa dość znamienna, podobna do galarety malinowej (Stocks) lub zawiera kulki tłuszczu i komórki olbrzymie z wakuolami. Operacyjnie usunąć można bardzo dużo tkanki płucnej, a u zwierząt udawało się usuwać nawet całe płuco. Przestrzeń pusta wypełnia się przez zapadnięcie żeber, rozedmę drugiego płuca i przesunięcie serca i śródpiersia.

W płucach i opłucnej spotykamy nowotwory pierwotne (16·8%), przechodzące z sąsiedztwa (9·8%), a najczęściej przerzutowe (73·4%). Do operacyi nadają się oczywiście tylko nowotwory pierwotne, czasem także nowotwory przeszłe z sąsiedztwa (n. p. nowotwory żeber, sutka i t. p.) Przerzuty w płucacach tworzą najczęściej nowotwory śródpiersia, gruczołu tarczowego, sutka i skóry. Łagodne nowotwory płuc (włókniaki, zwykle mnogie, chrząstniaki i t. p.) są bardzo rzadkie; bywały już z pomyślnym skutkiem operowane. Pierwotne mięsaki płuc nadają się do operacyi w 26·9%, natomiast raki zaledwo w 9%, albowiem szczególnie raki bardzo szybko tworzą przerzuty. Raki występują w płucach zwykle u mężczyzn po 50. roku życia, nierzadko u osobników, cierpiących równocześnie na gruźlicę. K.

Hirschel. **Leczenie rozlanego ropnego zapalenia otrzewnej zapomocą 1% olejku kamforowego.** (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 15). H. poleca podany przez siebie jeszcze w r. 1907 sposób leczenia rozlanego ropnego zapalenia otrzewnej zapomocą wprowadzania przy operacyi olejku kamforowego, a to na zasadzie badań Glimmsa, który wykazał w doświadczeniach na zwierzętach korzystne działanie olejku, jak się zdaje, przez zatykanie dróg limfatycznych, a przez to zwolnienie wessania toksyn z otrzewnej do krwi. Sposób ten zastosował H. u 9 chorych, cierpiących na bardzo ciężkie rozlane ropne zapalenie otrzewnej; 5 wyzdrowiało, a 4 zmarło. Po otwarciu brzucha H. zaszywa przedziurawienia, o ile istnieją, wyciera ropę na sucho, a następnie wyciera 1% olejkiem wszelkie zaułki otrzewnej, zużywając do tego 100—300 grm ogrzanego jałowego olejku. Kamfora działa zarazem bardzo korzystnie na serce. H. wyraża zdanie, że jedynie rozprowadzanie jest uzasadnione, natomiast stosowanie na ograniczonem miejscu, n. p. zapomocą zwykłego wlania lub igłą strzykawki przez nakłucie lub z małego cięcia jest zupełnie bezcelowe. W przypadkach, sekcyonowanych w pewien czas

po operacyi, n. p. w jednym w 15 dni, wykazano zupełny brak zrostów, otrzewnę gładką i pokrytą warstewką tłuszczu. Höhne w ostatnich czasach poleca zapobiegawcze wstrzykiwania 30 cm³ 10% olejku przed operacyami, a korzystny wynik tego leczenia odnosi jedynie do podrażnienia otrzewnej i pobudzania sił ochronnych ustroju, odrzucając przypuszczenie, że korzystne działanie oleju polega na zatkaniu się nim dróg limfatycznych. K.

Van Roojen. **O wrzodzie trawiennym jelita czczego po gastroenteroanastomozie.** (Arch. f. klin. Chir. 1910, 91. II.). R. zebrał 12 przypadków z klinik holenderskich i 89 z literatury. Wrzód ten występuje dwa razy częściej po gastroenteroanastomozie przedniej, niż po tylnej i to w różnym czasie po operacyi (10 dni do 10 lat). Klinicznie rozróżnić się daje 5 postaci chorobowych: 1) wrzody przebiegające bez objawów i zwykle gojące się same przez się, 2) wrzody z objawami nieokreślonymi, 3) wrzody dziurawiące, 4) wrzody drążące w powłoki brzuszne i tam naśladujące guzy (najczęstsze), 5) wrzody przebijające do innych części jelita. K.

Hirschel. **Rzadki przypadek przedziurawienia wrzodu żołądka przy formie klepsydrowatej.** (Münch. med. Woch. 1910, Nr 12). Przy operacyi przedziurawionego wrzodu żołądka (przedtem chora nie miała żadnych objawów) znaleziono typowy żołądek klepsydrowaty; na granicy obu części żołądka znajdował się przedziurawiony wrzód. Wobec tego wycięto przewężenie, zaszyto ślepo obu części żołądka i połączono połowę wpustową z pętlą jelita cienkiego. Część odźwiernikowa pozostała ślepą. Wyleczenie. K.

Stern. **W sprawie guzów wewnętrznej zatoki biodrowej.** (Münch. med. Woch. 1910, Nr 12). U 17-letniego chłopca po silnym urazie pojawił się guz na prawym talerzu biodrowym, nie przesuwalny, rosnący zwolna. Guz był twardy i bolesny. W jednej z klinik rozpoznano mięsaka i uznano przypadek za nienadający się do operacyi. Natomiast Rehn, mimo wynędznienia chorego, ze względu na wystąpienie po urazie, wzrost i bolesność, rozpoznał podokostny krwiak talerza biodrowego z bujaniem tkanki kostnej na podniesionej okostnej, co operacya w zupełności potwierdziła. Wyleczenie. Różniczkowo wchodziły w rachubę: mięsak, tętniak, ropień, bąblowiec, chrząstniak i kostniak. K.

Pupovac. **W sprawie patologii i terapii ostrego zapalenia trzustki.** (Med. Klinik. 1910, Nr 12). Choroba ta występuje zwykle u ludzi tęgich, którzy rzekomo zapadali już często na kamicę żółciową. Zaczyna się nagle; wkrótce zjawiają się uporczywe wymioty żółciowe; ciepłota bywa prawidłowa, tętno bardzo szybkie. Na drugi dzień stan wybitnie się pogarsza, zjawiają się objawy niedrożności jelit, zapad, a w końcu śmierć. Bole z początku opisują chorzy jako błyskawiczne, przeszywające, idące w krzyże, potem lokalizują je więcej po stronie prawej, co wiedzie do mylnych rozpoznań zapaleń wyrostka robaczkowego. Zwykle chorzy są bardzo bladzi, kończyny zaś sine. Zmiany w stolcu i moczu są bardzo niestałe. Leczenie jest jedynie operacyjne i to jak najwcześniej, a polega ono na dokładnem odsłonięciu trzustki i tamponadzie. Przy operacyi znajdujemy wysięk surowiczo-krwawy, nastrzykanie otrzewnej, a w tkance tłuszczowej krezki i sieci plamki szarożółte, będące wyrazem martwicy tkanki tłuszczowej (działanie steapsyny). K.

Klose. **Nawykowe skręcenie ruchomej kątnicy, typowy obraz chorobowy.** (Münch. med. Woch. 1910 Nr 7). Ruchome jelito ślepe może być albo wyrazem ogólnego opadnięcia i zwiotczenia osady przewodu pokarmowego lub też być »ruchomem« z powodu wady rozwojowej. Ten drugi rodzaj zajmuje głównie chirurga. Bardzo często ruchome jelito ślepe nie daje żadnych objawów i spotyka się je przypadkowo dopiero na sekcyi. Natomiast w innych przypadkach objawy są typowe i wyraźne, a przedewszystkiem należy do nich nawykowe skręcanie się tegoż jelita, cechujące się kolkami peryodycznemi. Kolki te występują z początku co kilka miesięcy, potem coraz częściej, a poprzedza je wzdęcie i zaparcie stolca przez kilka dni. Napad kończy się biegunką. Z czasem wytwarzają się zrosty, wywołujące stale bóle. Ból wśród napadu utrzymuje się ½—6 godzin i towarzyszy mu silna bębnica, gdyż z czasem zastawka Bauhina staje się niedomykalną. Wśród napadu doznaje chory ulgi przez położenie się na stronę prawą, a nieraz nawet przy tem napad zostaje przerwany. Wielu z tych chorych operuje się z rozpoznaniem: przewlekłe zapalenie wyrostka robaczkowego. Przez powłoki nieraz daje się wyczuć aż ku linii środkowej przesuwalne jelito ślepe, wydające przy obmacywaniu wybitne kruczenie. Rozpoznanie uzupełnić może doskonale badanie promieniami Röntgena w seryach, wymaga ono jednak czasu (3 dni) i jest za kosztowne dla chorych. Już w 24 godzin okazuje się cień w jelicie grubem. Przy wzdymaniu osiąga się również ciekawe obrazy; nieraz powietrze wnika aż do jelit cienkich. Cierpienie to występuje tak u dorosłych, jak i u dzieci. Leczenie: jedynie operacyjne, a mianowicie śródotrzewne umocowanie jelita ślepego (przyszywa się boczną taśmę jelita do otrzewnej talerza biodrowego). Przed operacyą poleca się spokój, leżenie w łóżku, odpowiednią dyetę i t. p. K.

Alapy. **Niedrożność jelit u dzieci.** (Arch. f. klin. chir. 91. IV). U dzieci w razie niedrożności przewodu pokarmowego wchodzą w rachubę głównie 2 postacie chorobowe: zapalenie wyrostka robaczkowego i wgłobienie. Co do wgłobienia, to na zasadzie swego doświadczenia twierdzi A., że prawie zawsze udaje się przy operacyi wgłobienie rozsunąć, a wynik ujemny pochodzić może ze złej techniki rozsuwania. A. ujmuje część dolną w pełną garść i poprostu wyciska część wgłobioną, przez co zwykle część ta wychodzi bez żadnego nawet pociągania. Jedynie wyjątkowo uciec się należy do wycięcia i to wtedy także należy przedtem rozsunąć wgłobione części, by niepotrzebnie nie wycinać za wiele. Leczeniem wewnętrznem, t. j. próbami wewnętrznego rozsuwania, nie należy za długo się bawić, albowiem dzieci tracą prędko siły, potrzebne do operacyi. K.

Dermatologia i syfilidologia.

Schreiber i Hoppe. **O leczeniu kiły nowym przetworem arsenu (Ehrlich-Hata, Nr 606).** (Münch. med. Wochenschr. 1910, 27). Autorowie ogłaszają wyniki leczenia przypadków kiły świeżej dwuoksy-dwuamidoarsenobenzolem. Wrzody pierwotne okazywały już w 24 godz. po wstrzykiwaniu wyraźną skłonność do ustępowania, a mniej rozległe goiły się po 3—4 dniach. Plamy bladły już drugiego dnia, guzki przypłaszczały się szybko, a w 4 tyg. nie było z nich już ani śladu. Nawet u tych chorych, którzy nie znosili rtęci, dalej w przypadkach kiły złośliwej i późnej wynik był bardzo dobry. — Odczyn Wassermanna znikł z 52 przypadków w 92·3% do 50 dni; w większości przypadków odczyn był ujemny już w 14. dniu, najwcześniej po 4 dniach, najpóźniej po 70 dniach od czasu wstrzykiwania. Różnica ta zdaje się polegać na różnicy w szybkości wchłaniania się przetworu. — Stwierdzono następnie, że już w kilka dni po wstrzykiwaniu pojawiała się leukocytoza. Wydzielanie arsenu ustawało najczęściej już 5-go dnia, u chorych z obłędem z porażeniami trwało do 10 dni. Po wstrzykiwaniach do żył wydzielał się arsen szybciej moczem i przez jelita (Hoppe). — Autorowie kładą słusznie wielki nacisk na to, że na 300 chorych dotąd leczonych u żadnego nie spostrzegano objawów zatrucia. Dotąd wstrzykiwano średnio 0,0096 gr przetworu na kilogram wagi ciała, a badania wykazały, że dawką trującą dla zwierząt jest 0,15 gr na klgr. — Dawkę początkową 0,3—0,4 gr zwiększono obecnie do 0,6—0,7 gr, gdyż po dawkach początkowych występowały w pewnej liczbie przypadków nawroty choroby już po 4 tygodniach tak, że podejmowano

powtórne wstrzykiwanie. Przytem zmieniono i sposób wstrzykiwania, gdyż coraz więcej robi się obecnie wstrzykiwań do żył, zamiast pierwotnych miąższowych. Pociąga to za sobą i zmianę rozczynu, gdyż płyn użyty do wstrzykiwania musi być więcej rozcieńczony, a tem samem wstrzykuje się większą ilość płynu. Autorowie zastrzegają się zarazem, że, gdyby dotychczasowa dawka okazała się niewystarczająca, można użyć w przyszłości większej, gdyż granica toksyczności tego przetworu leży daleko od dawki dotąd używanej. — Przeciwwskazanie dla leczenia arsenobenzolem stanowią ciężkie schorzenia układu krążenia, nerek i oczu, jakoteż przypadki ogólnego wyniszczenia. — Zgodzić się trzeba z autorami, gdy twierdzą, że przetwór ten jest znacznym postępem w leczeniu kiły, niepodobna jednak, jak dotąd, orzec, czy »606« jest środkiem swoistym i działającym w duchu idei Ehrlicha (therapia sterilisans magna), jak to się okazało w innych zakażeniach krętkami (śpiączce afrykańskiej i durze powrotnym). Krzyształowicz.

Wechselmann W. **O leczeniu dioksydiamidoarsenobenzolem.** (Tow. lek. berl. 22. 6., 1910). W. przedstawił szereg chorych z kiłą świeżą, leczonych nowym przetworem arsenu (Hata-Ehrlich), których ma nadzieję przedstawić za 9–14 dni, jako zupełnie uleczonych. Obok tego przedstawił W. chorych, leczonych z powodu nawrotów kiły, z powodu kiły złośliwej i narządów wewnętrznych, wszystkich z bardzo pomyślnym wynikiem. Zazwyczaj wystarczało jednorazowe wstrzyknięcie przetworu w ilości 0,5—0,6 gr (początkowo 0,3), gdy jednak dawka nie była dostateczna, wyleczenie było niezupełne. Dawka musi być tak dostosowana, aby już następnego dnia nie można było znaleść krętków. W. zaznacza dalej, że odczyn Wassermanna znika powoli i że w żadnym przypadku nie było objawów zatrucia. Przetwór wydziela się z ustroju w zupełności do trzech dni.

W dyskusyi wypowiedział Prof. Alt zapatrywanie, że dotąd nie znamy w medycynie tak swoistego środka, jak przetwór Hata-Ehrlicha. Michaelis i Kromayer wspominali o przypadkach kiły, leczonych przez siebie w ten sposób z podobnie dobrym wynikiem. Kromayer stwierdził bardzo szybkie działanie w ciężkim przypadku łuszczycy.

Krzyształowicz.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Posiedzenie z d. 16. marca 1910.

Przewodniczący: kol. Sterling. Sekretarz: kol. Tomaszewski.

L. Przedborski: **Jakie usługi wyświadcza nowoczesna laryngo-ryno-otologia.**

Prelegent odczyt swój podzielił na 2 części. W pierwszej omówił postępy dyagnostyczne, w drugiej najnowsze zdobycze lecznicze. W części pierwszej uwydatnił wpływ i znaczenie kokainy, oraz całego szeregu środków miejscowo znieczulających, skreślił historyę laryngo- i otologii, których postęp zależy od rozwoju nauki o świetle, elektryczności, promieniach Röntgena i akustyki. Po tem wyjaśnił prelegent fizyologiczne znaczenie górnego odcinka dróg oddechowych i wpływ jamy nosa na rozwój zmian chorobowych w narządach sąsiednich, bardziej oddalonych i w ogólnym ustroju; z cierpieniami nosa pozostają w ścisłym stosunku choroby uszu, oczu i narządu trawienia; cierpienia krtani stanowią często objaw zaburzeń ogólnych: niedokrwistości, zaburzeń krążenia; w narządzie tym odnajdujemy nieraz zmiany, bardzo charakterystyczne dla rozpoznania ogólnych stanów chorobowych. Prelegent poświęcił następnie kilka słów faktowi współczesnego występowania zmian chorobowych w górnym odcinku dróg oddechowych w przebiegu chorób zakaźnych ostrych oraz zmian na błonie śluzowej krtani i gardła przy cierpieniach skóry; podkreślił doniosłość badania laryngoskopowego przy wielu cierpieniach, rozwijających się w ośrodkowym układzie nerwowym, badania sfery węchowej przy zmianach wewnątrzczaszkowych; stan nerwów słuchowych i ucha wewnętrznego — przy zaburzeniach psychicznych; prelegent zaleca w przypadkach nerwobolów w obrębie nerwu trójdzielnego zwracać uwagę na stan zatok bocznych nosa. Pierwszą część swego odczytu kończy prelegent przytoczeniem licznego szeregu faktów, utrwalających ścisły stosunek między cierpieniami górnego odcinka dróg oddechowych a narządami płciowymi.

W części drugiej wskazuje P. na znamienny fakt ciążenia laryngo-rynologii ku chirurgii, zatrzymuje się nad techniką plastycznych operacyi nosa, nad leczeniem zapadnięć nosa zapomocą wstrzyknięć parafinowych, nad leczeniem wewnętrznych zmian chorobowych jamy nosowej, zatok bocznych nosa i jamy nosowo-gardłowej; mówi o chirurgicznem leczeniu gruźlicy krtani, leczeniu ostrych i przewlekłych zwężeń krtani i postępach, osiągniętych przy cierpieniach tych zapomocą intubacyi metodą Dwyera, o walce ze złośliwymi guzami, przeważnie zaś z rakiem krtani. Dalej była mowa o faryngo- i bronchoskopii. Dla uzupełnienia obrazu tegoczesnego stanu laryngo-rynologii omawia P. w zakończeniu wyniki lecznicze, osiągnięte przy niektórych cierpieniach krtani zapomocą promieni Roentgena, w kilku uwagach krytycznych stara się wyświetlić stosunek przerosłych gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu (gruczołu tarczowego, grasicy i t. d.) do cierpień krtani i tchawicy i przytacza szereg argumentów, przemawiających przeciw istnieniu dychawicy grasiczej (asthma thymicum), jako samodzielnej postaci klinicznej.

W dyskusyi zabrał głos kol. Sterling, który zarzucił prelegentowi, że za dużo rzeczy objął w swoim odczycie, w którym brakło osobistych poglądów referenta. Nie wspomniał przytem o leczeniu gruźlicy krtani tuberkuliną i nie uwzględnił metody Biera przy leczeniu cierpień nosa.— W odpowiedzi oświadczył prelegent, że uważa odczyt swój jako taki, który miał za zadanie dać całokształt wiedzy z tej dziedziny, że nie spotkał żadnej pracy, traktującej o leczeniu gruźlicy krtani tuberkuliną, a z metody Biera przy leczeniu kataru nosa nie widział żadnych dodatnich wyników.

2) Kol. Vesely (gość) wypowiedział kilka słów, zachęcając do popierania słowiańskich miejscowości kąpielowych.

3) Kol. Goldman przedstawił preparaty **kamieni żółciowych**, wydobytych podczas operacyi u trzech chorych.

Posiedzenie z d. 20. kwietnia 1910 r.

Przewodniczący: kol. Sterling. Sekretarz: kol. Tomaszewski.

1) Kol. Silberstrom przedstawił **przypadek białaczki** u 40-letniego mężczyzny z powiększeniem gruczołów chłonnych i śledziony. S. leczył chorego wstrzykiwaniami kakodylanu sodowego i naświetlaniem promieniami Roentgena. Chory czuł się daleko lepiej i uważając się za zdrowego zaprzestał leczenia. Po pewnym czasie znowu podupadł na siłach, skutkiem czego znowu zaczął się leczyć. Kol. S. zastosował tym razem zamiast kakodylanu sodu arsacetynę i uważa, że działanie jej jest daleko lepsze, niż kakodylanu sodu.

2) Kol. Bol. Kohn odczytał pierwszą część swego referatu: **O postępach w dziedzinie rentgenologii.**

3) Kol. Trenkner przedstawił mocz chorego dziecka, koloru zielonkawego — zależnego od nadmiernej ilości indykanu.

4) Kol. Perlis wygłosił referat: **O sztucznem ubezkrwieniu dolnej połowy ciała sposobem Momburga.**

Posiedzenie z d. 4. maja 1910.

Przewodniczący: kol. Sterling. Sekretarz: kol. Sonnenberg.

1) Kol. Rosenblat przedstawił kobietę, u której **usunął młotek i kowadełko.**

2) Kol. Steinberg przedstawił kobietę, mającą 73 lata, u której od 12 lat znajduje się na policzku, pod prawą dolną powieką — **wrzód rakowy** (ulc. rodens). Kol. S. ma zamiar zastosować w danym przypadku leczenie promieniami Roentgena.

3) Kol. Bol. Kohn wygłosił drugą część odczytu **O postępach w dziedzinie rentgenologii.** Prelegent mówił o zastosowaniu rentgenoskopii i rentgenografii w medycynie wewnętrznej, t. j. w dyagnostyce i terapii, pokazywał na ekranie obrazy płuca chorego: nacieczenia gruźlicze, ograniczone ropnie, nowotwory i t. d., obrazy górnych odcinków dróg oddechowych, śródpiersia i t. d. Mówił o stosowaniu rentgenografii w cierpieniach narządów trawienia, w rozpoznawaniu kamieni nerkowych, pęcherza i moczowodów. Dalej mówił o zdjęciach rentgenograficznych złogów moczanowych w stawach, naczyń zwapniałych, o stosowaniu rentgenografii w dentystyce, w leczeniu białaczki, złośliwych nowotworów skóry i pokazał szereg zdjęć.

4) Przystąpiono do rozważania projektu przepisów, dotyczących ogłoszeń lekarzy w prasie peryodycznej. Po pobieżnem zapoznaniu obecnych z treścią przepisów przez kol. Sonnenberga, jednego z członków komisyi, wybranej w celu ułożenia przepisów, postanowiono rozpatrywać je w tej postaci, w której zostały przedstawione. Z przyczyny jednak spóźnionej pory zdołano rozpatrzeć jedynie dwa pierwsze artykuły projektu. Artykuły te ściśle określają warunki, którym ogłoszenie lekarskie odpowiadać powinno. W dyskusyi, która była bardzo ożywiona, brali udział koledzy: K. Jasiński, Sterling, Sonnenberg, W. Jasiński, Rosenblat, Pinkus, Goldberg, Rotwand, Maybaum, Steinberg, Handelsman i Silberstrom.

5) W końcu posiedzenia przeczytano: a) odezwę Stowarzyszenia aptekarzy w Łodzi, zapraszającą Tow. lekarskie do udziału w walce, podjętej przez wymienione Stowarzyszenie przeciw fałszowaniu artykułów farmaceutycznych alkoholem metylowym; b) zawiadomienie Sekcyi neurologicznej przy Tow. lekarskiem łódzkiem o mającem się odbyć w d. 16. b. m. w Kochanówce posiedzeniu, na które zapowiedziało odczyty kilku kolegów z Warszawy i Łodzi.

Posiedzenie z d. 18. maja 1910.

Przewodniczący: kol. Krusche. Sekretarz: kol. Sonnenberg.

1) Kol. Grosglik przedstawił 50-letnią kobietę **z kilakami skórnymi na tułowiu,** oraz 30-letnią kobietę **z przyrośniętym do migdałka językowym** prawdopodobnie wskutek kiły.

2) Kol. Grosglik przeczytał rzecz p. t. **Przyczynki do etyologicznego leczenia wiądu rdzenia.**

3) Przewodniczący zawiadomił zebranych, że otrzymał wiadomość o zamiarze uczczenia w Krakowie w d. 1. czerwca r. b. zasług Stanisława Pareńskiego, profesora uniwersytetu, znanego lekarza i prymaryusza szpitala św. Łazarza.

Posiedzenie nadzwyczajne z d. 25. maja 1910.

Przewodniczący: kol. S. Sterling. Sekretarz: E. Sonnenberg.

Na posiedzeniu tem toczyły się w dalszym ciągu rozprawy nad opracowanymi przez komisyę wnioskami w sprawie ogłoszeń lekarzy w pismach niefachowych. Po bardzo ożywionej dyskusyi, w której brali udział koledzy: K. Jasiński, Sterling, Sonnenberg, Krusche, Brudziński, Abrutin, Kaufman, Trenkner, Silberstrom, Steinberg i po dokonaniu drobnych tylko zmian, wnioski komisyi zostały przez ogólne zebranie zatwierdzone. Postanowiono uchwalone przepisy nazwać: »Opinią Tow. lekarskiego łódzkiego w sprawie ogłoszeń lekarzy w prasie peryodycznej« i przekazać je do ostatecznego zredagowania komisyi, złożonej z kolegów: K. Jasińskiego, Sonnenberga i Kaufmana.

2) Postanowiono przesłać w d. 1. czerwca r. b. życzenia Dr Henrykowi Dobrzyckiemu z okazyi jubileuszu jego 50-letniej działalności na polu społeczno-lekarskiem.

E. Sonnenberg.

Korespondencya.

Z Kopenhagi.

(Dokończenie).

Z próbką dla odczynu Wassermanna postępowanie jest podobne, jak przy próbie Widala; odczyn Wassermanna wykonywa się tutaj od listopada 1907 dotychczas przeprowadzono około 8000 badań w tym kierunku, a w ostatnich miesiącach wykonano badań: (1909) sierpień — 244; wrzesień — 310; październik — 434; listopad — 501; grudzień — 545; (1910) styczeń — 612; luty 659. Odczytywanie dodatniego wyniku próby jest ilościowe; z wyniku próby wnioski dla leczenia [3]).

Po odczynie Widala i Wassermanna następne miejsce zajmuje w zakładzie badanie dwoinek zapalenia opon. Materyałem dla badań są: wydzielina gardła i płyn mózgowo-rdzeniowy; badanie obejmuje różniczkowanie bakteryologiczne [4]) i próbę aglutynacyi, zawiesiny wyhodowanej, czystej hodowli, surowicą leczniczą [5]). Podobnie, jak za »roznosicielami duru«, śledzi się za roznosicielami meningokoków i bakteryi błoniczych. Wszelkie badania w kierunku ostrych chorób zakaźnych, zakład przeprowadza bezpłatnie; za odczyn Wassermanna taksa dla szpitali 2 kor. skandynawskie.

Głównem zadaniem oddziału fabrycznego zakładu jest wyrób surowicy przeciwbłoniczej. — Nowo kupiony koń, zanim zostanie wprowadzony do większej, właściwej stajni, musi poprzednio odbyć 6-dniową kwarantanę w stajni mniejszej; z tego 3 dni przeznaczone na gruźlicę, 3 dni na nosaciznę, po próbnych rozpoznawczych wstrzyknięciach tuberkuliny i malleiny. Uodparnianie koni odbywa się w sali operacyjnej; zaczyna się od bardzo małych dawek mianowicie od: 0·002 cm^3 toksyny błoniczej; zwiększając dawki, zrazu codziennie, potem co 2 do 5 dni, mniej więcej z końcem trzeciego miesiąca dochodzi się do dawki ostatniej, 400—700 cm^3; w 8 dni po ostatniem wstrzyknięciu, czerpie się krew z konia, na jeden raz średnio 8—10 litrów krwi; po upuście krwi, konia pozostawia się przez 3—4 tygodni w spokoju; poczem się go znowu uodparnia i t. d., co powtarza się tak długo, jak długo koń wytwarza antytoksynę. Zebraną surowicę bada się co do jej siły; — jeśli surowica w 1 cm^3 objętości nie zawiera 400 J. E., zagęszcza się ją (według metody [6]) amerykańskiej) tak, aby w 1 cm^3 jej objętości było zawartych, co najmniej 400 J. E. — Znając siłę surowicy, przepuszcza się ją przez filtry Chamberlanda i bezpośrednio napełnia się nią naczyńka szklanne pojemności 10 cm^3, opatrzone długą i wązką szyjką, którą natychmiast po napełnieniu zatapia się; zazwyczaj nie dodają tutaj do surowicy ani trikresolu, ani karbolu; stosownie przechowywana surowica zachowuje swe własności co najmniej przez rok. — Każde naczyńko zawiera jedną »porcyę« = 4000 J. E.; od siły surowicy zależy, w ilu cm^3 zawarta jest jedna »porcya«; nigdy jednak na jedną

[3]) H. Boas: Die Bedeutung der Wassermannschen Reaktion für die Therapie der Syphilis. Berl. klin. Wochschr. 1909. Nr 13.

[4]) Lingelsheim: Genickstarreepidemie in Oberschlesien 1904/05. Klinisches Jahrbuch 1906. Bd. 15. Heft 2.

[5]) Kolle u. Wassermann: Untersuchungen über Meningokokken; tamże.

[6]) Gibson: The contraction of antitoxin for therapeutic use. The journal of Biological chemistry 1906. Vol I, pag. 161.

»porcyę« nie przypada więcej, jak 10 cm³ surowicy, inaczej mówiąc: surowica jest conajmniej 400 razy normalną; często na jednę porcyę przypada tylko 8 cm³ surowicy, to znaczy, surowica jest 500 razy normalną [7]); zakład miał konie, których surowica zawierała w 1 cm³ objętości 1400 J. E. W archiwum zakładu przechowuje się dokładne zapiski, dotyczące uodporniania, wartościowości otrzymywanej surowicy, zachowania się ciepłoty uodparnianych koni, jako materyał do statystyki. — Surowicę przechowuje się w chłodnem i ciemnem miejscu; z każdorazowego fabrykatu wstrzykuje się normalnej śwince morskiej 10 cm³ surowicy, dla przekonania się, czy surowica nie zawiera jakich trujących składników, n. p. jadu tężca [8]). Surowicę wysyła zakład każdemu lekarzowi [9]) w ilości jakiej żąda; cena za jednę »porcyę« 4000 J. E. wynosi 25 erów $= 37^1/_2$ halerza!! — koszta wytworzenia jednej porcyi wynoszą około $3^1/_2$ kor. skand. = 5 kor. 25 halerzy wal. austr.; cena, którą zakład pobiera za surowicę, zaprowadzona została tylko dla kontroli. Do każdej »porcyi« dołącza zakład dokładne pouczenie i dokładny przepis użycia; w których m. i. czytamy: »Wstrzykiwać należy, skoro tylko stwierdzono pierwsze objawy choroby, w łagodnych przypadkach 4000 J. E. [10]), w ciężkich 8000—20,000 J. E. »Dzieci, poniżej lat dwu, otrzymują połowę powyższych dawek, w ciężkich przypadkach poleca się wstrzykiwanie śródżylne, jeśli to niemożliwe, śródmięśniowe [11]). Zapobiegawczo wstrzyknięte 1000 J. E. dają odporność na przeciąg 3 tygodni«. — Apteki na składzie surowicy nie mają; natomiast składy surowicy istnieją przy każdym szpitalu epidemicznym, które się znajdują na obszarze całego kraju, w odległości 7—10 klm jeden od drugiego. Produkcya surowicy z 8813 porcyi w r. 1903 wzrosła do 13,243 w r. 1908/9.

Kilka koni i kilkanaście lub kilkadziesiąt kóz jest w zakładzie przeznaczonych dla wyrobu tabletek antytyreoidynowych Möbiusa. — W trzy miesiące po wyjęciu tarczycy po raz pierwszy, a potem w pewnych odstępach czasu. czerpie się ze zwierząt krew, suszy ją, — i dodawszy nieco kaoliny, formuje w tabletki; każda tabletka zawiera 0·35 gr suszonej krwi. Sposób użycia: przez pierwsze 3 dni, 3 tabletki dziennie — przez drugie trzy dni, 3 × 2 tabletki, i wreszcie 3 × 3 tabletki w ostatnich trzech dniach; — w tym samym stosunku i w tych samych odstępach czasu zmniejsza się dawkę. Cena za 100 tabletek wynosi 5 kr. skand. $= 7^1/_2$ kor. w. austr.; większość jednak potrzebujących otrzymuje tabletki bezpłatnie.

Zakład, jako organ »Królewskiej duńskiej rady zdrowia«, ma za zadanie kształcić lekarzy powiatowych w epidemiologii; corocznie w tym celu odbywają się w miesiącach letnich, kilkotygodniowe kursa dla lekarzy powiatowych.

Dyrektorowi pomagają w prowadzeniu zakładu obaj kierownicy oddziałów: Dr O. Thomsen, niestrudzony badacz w zakresie odczynu Wassermanna [12]), i cand. pharm. L. E. Walbum, autor hypotezy o »Prolizynach«, wypowiedzianej w pięknej w pomyśle, a w przeprowadzeniu i wynikach ścisłej pracy [13]).

[7]) W Niemczech surowica takiej siły nazywa się surowicą »wysokowartościową«; największe »porcye« zawierają 3.000 JE. vide: Romberg: Akute Infektionskrank, w Mering: Lehrbuch der inneren Medizin; gdzie mowa o wartościowości wyrabianej w Danii surowicy, podane w tem dziele niezgodnie ze stanem rzeczy.

[8]) Madsen: Tetanusgift im Serum eines diphterieimmunisierten Pferdes, 5 Tage vor dem Ausbruche von Tetanus.

[9]) Każdemu lekarzowi w Danii i Islandyi.

[10]) O ile mniejsze dawki poleca ogólnie w Niemczech przyjęta tabela Baginskyego, porównaj: Romberg: Akute Infektionskrankheiten w Meringa: Lehrbuch der inneren Medizin.

[11]) Th. Madsen: Diphterieantitoxin. Kraus u. Levaditi: Handbuch der Technik und Methodik der Immunitätsforsch. II.

[12]) Ostatnio »Wassermann'sche Reaktion mit Milch« Berliner klin. Wochs. 1909. Nr 46.

[13]) »Studien über Toxinbildung«. Zeitschrift für Immunitätsforschung und experimentelle Therapie. 1909. III B. 1. H.

Aczkolwiek w innym celu założony, zakład od początku stał się zakładem naukowym; tutaj rozwijały się dalej kierunki badań i poglądy, wyrażone po raz pierwszy w »Anwendung der physikalischen Chemie auf das Studium der Toxine und Antitoxine« [14]) Sv. Arrheniusa i Th. Madsena. W dziedzinę badań nauki odporności, wprowadzono metody chemii fizycznej, a na podstawie wyników swych badań, autorowie tłómaczą przebieg zjawisk w dziedzinie nauki odporności, nowoczesną teoryą rozczynów. W pracy tej w rozdziale »Folgerungen bezüglich der Antitoxinwirkung«, wysnuto na podstawie wyników badań nad tetanolizyną i antitetanolizyną wniosek, że zobojętnianie antygenu przez niweczniki (Antikörper) przebiega według prawa Guldberga i Waaga. To zapatrywanie autorów na działanie antytoksyny stało się przedmiotem sporu z Ehrlichem: w pracy [15]): »Ueber die Giftcomponenten des Diphterietoxins«, występuje Ehrlich przeciw uogólnianiu wyników, otrzymanych w badaniach nad tetanolizyną i antitetanolizyną; dalej podkreśla, że zapatrywanie autorów duńskich — jakoby zobojętnianie toksyny przez antytoksynę przebiegało tak, jak przebiega zobojętnienie słabej zasady przez słaby kwas, jest rażącem przeciwieństwem do jego zapatrywania, że jad błoniczy składa się z różnych jadów, o różnym stopniu powinowactwa; takie skomplikowane pojmowanie przyrody jadu błoniczego przyjął Ehrlich swego czasu, a teraz je nadal w całej pełni podtrzymuje, na podstawie bardzo dokładnej analizy jadu błoniczego. Odpowiedź na tę pracę Ehrlicha znajduje się w »Le poison diphtérique« Sv. Arrheniusa i Th. Madsena (1904), gdzie piszą, co następuje: »Nie znamy powodu, dla którego przyjmowaćby trzeba istnienie »prototoksoidów«, aczkolwiek ich szukaliśmy umyślnie. Również nie widzimy podstawy, by przyjmować istnienie »toksonów«. W każdym razie jednak, stężone rozczyny antytoksyny okazują pewne nieprawidłowości; to ma swą przyczynę prawdopodobnie w znacznem zwolnieniu odczynu skutkiem wielkiego stężenia antytoksyny. Wszystkie własności jadu błoniczego tłumaczą następujące hypotezy: jad błoniczy jest jadem jednolitym; przechodzi on powolnie, według formuły jednodrobinowego odczynu, w ciało nietrujące, toksoid. Równowartościowe ilości jadu błoniczego i toksoidu oddziaływują z równemi ilościami antitoksyny w ten sposób, że z jednej drobiny toksyny, względnie toksoidu i jednej drobiny antytoksyny powstają dwie drobiny. Wielkość stała dla równowagi chemicznej, jest tasama dla obu odczynów: z jednej strony — dla odczynu pomiędzy toksyną i antytoksyną, a z drugiej — dla odczynu pomiędzy toksoidem a antytoksyną«. W przeciwieństwie do Ehrlicha, starają się autorowie przy tłumaczeniu tychsamych zjawisk [16]) »używać jaknajmniej hypotez — wierni, ogólnie w naukach ścisłych przyjętej regule«.

Po pracy z r. 1902, nastąpił szereg prac Dra Madsena i jego uczniów o tym samym kierunku. Wszystkie noszą charakter badań ilościowych; we wszystkich wykonano możliwie wielką ilość tychsamych w tymsamym czasie nastawianych doświadczeń: dopiero średnią z otrzymanych wyników brano w rachubę. W badaniach hemolitycznych za miarę służy skala barwna [17]).

Przedmiotem badań był cały szereg antygenów i niweczników, następnie wpływ katalizatorów na przebieg odczynu. W doświadczeniach przedewszystkiem uwzględniano dwa czynniki: czas działania i ciepłotę; przebieg badań przedstawiony w krzywej, przebieg krzywej znowu ujęty w formułę matematyczną: rzadziej empiryczną, przeważnie ra-

[14]) W r. 1902 w języku duńskim; w r. 1903 w języku niemieckim w Zeitschrift für physikalische Chemie XLIV. 1.

[15]) Berlin. klin. Wochs. 1903. Nr 35—37.

[16]) Wstęp do »Immunochemii« Arrheniusa.

[17]) Kraus u. Lewaditi: Handbuch der Technik und Methodik der Immunitätsforsch. Madsen: Allgemeines über bakterielle Toxine, Antinegene usw.

cyonalną, w bardzo wielkiej liczbie doświadczeń w formułę odczynu jednodrobinowego. W r. 1907 wyszła »Immunochemia« Arrheniusa, jako ogólny pogląd na to, co dotychczas w tym kierunku zrobiono, a także jako odpowiedź na niektóre zarzuty szkoły Ehrlicha.

Zakład od początku swego istnienia ma licznych pracowników, nietylko tutejszych. W pracowniach znajduje się mała galerya fotografii pracowników-cudzoziemców, którzy tu dłuższy czas spędzili; między innemi znajduje się fotografia Prof. Arrheniusa, kierownika Instytutu Nobla w Sztockholmie, laureata nagrody Nobla z r. 1903, który zapraszany przez Dra Madsena, pracował tutaj około 2 lat. Najliczniejszych pracowników dostarczyła Skandynawia; a od reszty twarzy odbijają twarze dwu Japończyków; jeden z nich Noguchi (dzisiaj kierownik Oddziału w Rockefealler Institut w New Yorku), przepędził tu 2 lata. W tym czasie pracuje w instytucie 15 lekarzy; z cudzoziemców jest tu jeden Finlandczyk, jeden Anglik i jeden Amerykanin. Biblioteka zakładu zaopatrzona w 45 różnych czasopism fachowych, i przeszło 50 różnych publikacyi peryodycznych; w pewnych okresach czasu wydaje zakład zbiór swoich prac, teraz właśnie wyszedł tom IV.: »Communications de L'Institut Sérothérapique de l'etat Danois«.

A teraz nieco o życiu w zakładzie. Początek zajęć o godzinie 9 rano. O tym czasie przychodzi także dyrektor i pyta o przebieg pracy; każdy z pracujących ma sposobność codziennie pytać o wyjaśnienie, i codziennie otrzymywać wskazówki. Przy pracy jest wielkie zajęcie, bo praca ilościowa jest ściśle zależna od godziny, zasadą zaś przy niej: możliwie wielka liczba tych samych doświadczeń w tym samym czasie robionych, w tym celu, by biorąc średnią z otrzymanych wyników zmniejszać błędy doświadczalne. O godzinie 12 w południe śniadanie[18]); większość przynosi ze sobą zimną zakąskę, a w zakładzie dostaje szklankę mleka lub filiżankę czarnej kawy; po 20—30 minutach powraca się znowu do pracy. Koniec przepisowych godzin zajęć o 5 popołudniu; wolno jednak pracować dłużej i bardzo często jeszcze o 9 wieczorem i później jeszcze widać światło w pracowniach. Zakład bywa często zwiedzany przez obcych, zwłaszcza w miesiącach letnich; w lecie ubiegłego roku między innymi, gościli tu Kitasato i Miecznikow.

Dyrektorowi Drowi Madsenowi składam podziękowanie za pozwolenie poznania zakładu we wszystkich szczegółach.

Dr Kostrzewski.

Kilka uwag o szpitalach paryskich

podał

Dr Leon Żuławski,
Dyrektor szpitala powszechnego w Gorlicach.

(Sprawozdanie przesłane Wydziałowi kraj. z podróży naukowej w r. 1909).

Na samym wstępie tego krótkiego opisu kilkutygodniowego badania szpitalnictwa paryskiego winienem zaznaczyć, że każdego badacza paryskich instytucyi humanitarnych uderza pewna charakterystyczna cecha, którą napotyka również w całej działalności dobroczynności publicznej (L'assistance publique). Cechą tą jest nadzwyczaj szlachetnie pojęta miłość bliźniego i ogromna społeczna ofiarność. Głębokie współczucie dla cierpień chorych wywołuje powszechne, a usilne dążenie do jak najbardziej wszechstronnego ulżenia tym cierpieniom, dążenie, przenikające wszystkie warstwy społeczeństwa i powodujące niewidzianą w innych krajach emulacyę w kierunku wzajemnej pomocy.

Pęd ten ogarnął nawet czynniki, z natury rzeczy zazwyczaj mało do tego zapalne, t. j. naczelną władzę, zmuszoną przez publiczną opinię do ustawicznej kapitulacyi ze swych, całkiem zresztą naturalnych finansowych względów, na rzecz postępu i dobra cierpiącej ludzkości. To też widzimy w każdym dziale szpitalnictwa, że władza ta po krótkim oporze wobec żądań szpitalnych lekarzy, usprawiedliwionych postępem wiedzy lekarskiej, lub wobec wymagań społeczeństwa, pragnącego polepszyć dolę chorych, ujmuje daną sprawę w taki sposób w swe ręce, że nie pozostaje nigdy w rozdźwięku z opinią publiczną.

Ofiarność społeczeństwa francuskiego na szpitale jest nietylko wielka, ale i trwała. Najlepszą miarą tej niewyczerpującej się ofiarności może być szpital św. Józefa na blisko 500 łóżek, który jako szpital stowarzyszenia »Oeuvre de Notre Dame de Consolation« powstał i utrzymuje się z ofiar gorących katolików.

Wystarczy obejrzeć wspaniałe budynki, znakomicie urządzone pawilony dla gruźliczych, sale operacyjne, urocze ogrody i t. d. i dowiedzieć się, że roczne wydatki wynoszą zwyż 600.000 fr., ażeby zrozumieć i pojąć głębię miłosierdzia tych kilkudziesięciu jednostek, które rok rocznie łożą na to wszystko. Często można dowiedzieć się o bezimiennych ofiarach krociowych lub nawet milionowych, tak cicho robionych, że nieraz trudno się dopytać imienia fundatora. Ta wszechstronna działalność doprowadziła w Paryżu do tego, że dobroczynność publiczna wyprzedziła ustawę przeszło dwukrotnie. Gdy bowiem wedle ustawy, normującej ilość łóżek szpitalnych (rozp. min. cyrk. z 17. sierpnia 1895 roku i 28. grudnia 1896, § 4, normujący 1 łóżko na 500 mieszkańców), ilość łóżek dla Paryża i okolicy powinna wynosić 7500, »L'assistance publique« rozporządza ilością 15662 łóżek. Zważyć zaś należy, że oprócz kosztów utrzymania szpitali spoczywa na dobroczynności publicznej obowiązek, wypływający z prawa 14. lipca 1895 r., tak zwanego prawa obowiązkowego zasiłku dla starców, kalek, i nieuleczalnych. Ta pomoc polega na udzielaniu miesięcznej pensyi lub na umieszczeniu w przytułku. W roku 1897 było w Paryżu 46399, a w całej Francyi 340610 takich, którzy korzystali z tego prawa. Aby sobie wyrobić pojęcie o olbrzymich wydatkach na cele humanitarne w całej Francyi, zaznaczam, że w samym Paryżu wydatki na szpitale i przytułki wraz z kosztami administracyi centralnej wynoszą przeszło 62 milionów franków. Suma ta dotyczy jedynie szpitali, stojących pod zarządem »Assistance publique«; poza tymi zaś urzędowymi szpitalami istnieją jeszcze szpitale, założone przez osoby prywatne lub związki i utrzymywane, jak wyżej wspomniałem, ofiarnością ściśle prywatną.

Do takich szpitali oprócz wyżej wspomnianego szpitala św. Józefa należy szpital dla chorób zakaźnych przy instytucie Pasteura, który z wielu powodów godzien jest obszerniejszej wzmianki.

Szpital ten wybudowała i utrzymuje swoim kosztem p. L.; budowa jego bardzo kosztowna z uwagi na materyał, jest ściśle zastosowana do najnowszych zdobyczy nauki lekarskiej w dziale chorób zakaźnych. Koszt budowy wynosił 1400 franków na jedno łóżko, ale jestto oddział zakaźny, jakiego drugiego niema na całym świecie, i który zupełnie słusznie może służyć za wzór dla innych.

Oddział składa się z dwóch równolegle ustawionych do siebie pawilonów, każdy na 40 łóżek, przedzielonych ogrodem dla rekonwalescentów. Oprócz tego ogrodu, niejako letniego, istnieje jeszcze tak zwany zimowy, łączący oba pawilony od strony instytutu Pasteura. Jestto szklanna galerya, której ściany i podłoga wyłożone są taflami z lawy polerowanej, a która mieści w sobie rozliczne egzotyczne rośliny, bibliotekę, przybory do gier i zabaw dla rozrywki rekonwalescentów w porze jesiennej i zimowej. Równolegle do tej galeryi poza drugim końcem pawilonów znajduje się budynek z salami dla przyjęcia chorych, łazienkami, pokojem lekarza dyżurnego i t. d. Każdy chory przed ba-

[18]) Tutaj obiad między 6 a 7 wieczorem.

daniem lekarskiem bywa poddany kąpieli oczyszczającej. Oprócz tych budynków znajduje się z boku dom mieszkalny dyrektora szpitala i budynek administracyjny z mieszkaniem dla sióstr, kuchniami i t. d. Z boku stoi obszerny domek z salą dla obdukcyi zwłok i dla badań anatomopatologicznych, z pracowniami, bardzo dokładnie zaopatrzonemi.

W szpitalu tym zastosowano wszystko to, co dotychczasowa wiedza uznała za potrzebne do zwalczania chorób zakaźnych. Nietylko przeprowadzono ścisłe oddzielenie chorych od świata zewnętrznego tak, ażeby nie dopuścić przeniesienia choroby zakaźnej na kogoś poza szpitalem, ale usunięto także możliwość wzajemnego zarażania się chorych w szpitalu. Wiadomo powszechnie, jak trudno w zwyczajnie urządzonych oddziałach uniknąć tej szpitalnej wewnętrznej epidemii i jak często chory po przebyciu jednej choroby zapada nadprogramowo na drugą. Pomijając nieodpowiednie zorganizowanie dotychczasowych oddziałów zakaźnych lub brak wyszkolenia służby, umieszcza się jeszcze wiele takich chorób, które właściwie należą do chorób zakaźnych, na wspólnych salach bez jakiejkolwiek ochrony. I tak np. przypadki ostrego nieżytu żołądka jelit i u dzieci (gastroenteritis acuta), choroby, tak bardzo zabójczej w niemowlęcym wieku, a która, jak to wykazał Lesage, w przeważnej części przypadków jest chorobą zakaźną, trzyma się na wspólnych salach. Nawet przy najlepszem ćwiczeniu sióstr i służby, pielęgnujących chore dzieci, nie można zabezpieczyć się przed pośredniem zakażeniem zapomocą łyżeczki, zabawek itp.

W chorobach zakaźnych ideałem ochrony jest zupełne oddzielenie chorych, czyli tak zwany system celkowy. System ten jednak jest kosztowny i ma tę ujemną stronę, że chory czuje się zbytnio osamotnionym, co w wielu razach na przebieg choroby ujemnie oddziaływać może. Celem usunięcia tej ujemnej strony systemu celkowego, pomieszczono w szpitalu przy instytucie Pasteura między 2 celkami ścianę ze szkła. W ten sposób przy zupełnem oddzieleniu chorych stworzono możliwość towarzyskiego współżycia. Rodzinie chorych nie wolno wchodzić do wnętrza pawilonów, a tem samem i do pokojów chorych; mogą się z nimi komunikować również jedynie przez szkło. W tym celu ściany zewnętrzne celek są w 2/3 górnych częściach wielką taflą szklanną.

W każdym ze wspomnianych wyżej pawilonów znajduje się na parterze i na pierwszem piętrze korytarz, po którego obu stronach są drzwi do celek. Korytarz ten służy tylko dla lekarzy, sióstr i służby. Wspomniane celki są pokojami średniej wielkości (50 m^3), ściany ich wyłożone taflami z polerowanej lawy, tak samo sufit i podłoga. Na drzwiach wieszadło z 2 płaszczami dla lekarza i siostry; zresztą łóżko, umywalnia, szafa, stół, stołek, lampa elektryczna i przycisk od dzwonka elektrycznego. Wszystkie te przedmioty z niklowanego metalu. Łóżko o wysokich sprężynach, na których dopiero leżą materace. Przy tej sposobności zauważam, że we wszystkich szpitalach paryskich wprowadzono takie łóżka i że nie spotkałem się nigdzie ze zwykłymi siennikami naszych szpitali.

W wentylatorach, wyprowadzających powietrze z celek, znajduje się wata dla zatrzymywania bakteryi; watę tę codziennie zastępuje się świeżą. Dezynfekcya pokojów jest prosta z uwagi na gładkie ściany z twardej polerowanej lawy i szkła, jakoteż matalowe meble. Łóżko wsuwają do ogromnego worka, zrobionego z nieprzepuszczalnej tkaniny, wraz z całą pościelą, spuszczają do suteren, po szynach przewożą do ogromnego autoklawu, w którym przy cieplocie 180° C pozostają przez godzinę.

Nie ulega wątpliwości, że nasze warunki finansowe nie pozwalają na budowanie ściśle takich samych oddziałów zakaźnych; na tafle z lawy nas nie stać — to prawda — i bez tego można się obejść; zamiast nich można ściany na gładko lakierować, a szklanne ściany między 2 pokojami zastąpić można dużem szklannem oknem, przez które chorzy widzieć się będą mogli. Nie ulega wszakże wątpliwości, że tylko ścisłe oddzielenie chorych, służby i sióstr oddziałów zakaźnych może dać wynik w leczeniu tych chorób, a raczej w tłumieniu ich. Istnienie oddziałów zakaźnych przy szpitalach uważam za niewłaściwe ze stanowiska higieny społecznej wobec braku wyszkolonych sióstr i wobec takiego materyału służby, jakim szpitale nasze rozporządzają. W tych warunkach daleko odpowiedniej byłoby urządzić w każdym powiecie osobne szpitale epidemiczne z osobnym lekarzem, zarządem, osobnemi siostrami i służbą.

Przy tej sposobności zwrócę uwagę na szczegół lakierowania sal szpitalnych. We wszystkich zwiedzanych przezemnie szpitalach paryskich zauważyłem, że ściany i sufity były dokładnie lakierowane; takie ściany wyglądają bardzo mile dla oka, a utrzymanie czystości jest bez porównania łatwiejsze, niż przy naszym systemie bielenia ścian. Koszta chwilowo większe amortyzują się łatwo przez to, że lakierowanie, jeżeli jest na wygładzonym pokładzie robione, wytrzymuje cały szereg lat.

W szpitalach publicznych opiekę nad chorymi powierzono służbie świeckiej, siostry zakonne spotkałem tylko w szpitalu Boucicaut. Usunięcie zakonnic od spełniania czynności miłosierdzia datuje się od czasu ostatnich przewrotów we Francyi. Starałem się dowiedzieć, czy chorzy są z tej zmiany zadowoleni, pytałem się głównie takich, którzy od szeregu lat bywają gośćmi szpitali i których uwagi nie mogła ujść ta zmiana. W przeważnej części odpowiedzi wypadły na niekorzyść sióstr; główny zarzut, jaki im robiono, był ten, że za wiele oddają się praktykom religijnym, a za mało czynnościom właściwym około chorych; z tego samego powodu i lekarze uważają to za postęp szpitalnictwa, że usunięto siostry. Przytoczono mi fakt, że siostra w przypadku obrzęku głośni u dziewczyny chorej na kiłę widząc, że chora dusi się, posłała najprzód po księdza, a potem dopiero po lekarza, którego ratunek wskutek tej zwłoki przyszedł zapóźno. Nie ulega wątpliwości, że podobne fakta usprawiedliwiają niechęć lekarzy do posług sióstr zakonnych, dodać jednak winienem, że tocząca się walka państwa z kościołem może w wielu zapatrywaniach zaostrzyć sąd niejednego.

Dodam, że osobiście byłem zachwycony pracą sióstr w szpitalu św. Józefa, gdzie czystość sal, kuchni, magazynów itd., jak również zadowolenie chorych świadczą wymownie, że ten wspaniały szpital znajduje się w dobrych i usłużnych rękach.

(C. d. n.).

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

O projekcie wstępnym do austryackiej ustawy karnej z punktu widzenia interesów lekarskich.

(Wedle referatu Dra Adolfa Grussa, wypracowanego na zlecenie XIV Wiecu Izb lekarskich i IV. Zjazdu delegatów Związku państwowego organ. lek.).

We wrześniu 1909 ogłosiło ministerstwo sprawiedliwości projekt wstępny[1]) (Vorentwurf) do austr. ustawy karnej. Projekt ten zawiera wiele przepisów, odnoszących się do czynności lekarskich i to, co z góry podkreślić należy, przepisów, znacznie surowszych od odpowiednich przepisów w obowiązującej ustawie karnej z r. 1852, już od pół wieku czekającej koniecznie reformy.

Jak w nowoczesnem ustawodawstwie wogóle, tak też i w tym projekcie wstępnym przebija dążność do ustalenia odpowiedzialności karnej **wszystkich** obywateli wogóle z jednolitego pun-

[1]) Zamiast pisać w niniejszym artykule »projekt wstępny«, będę pisać dla skrócenia »p. w.«.

ktu widzenia, a więc do stanowienia przepisów prawnych, obejmujących równomiernie czynności wszystkich bez szczególnego wyodrębniania jakichkolwiek grup. Dążność ta, uzasadniona może potrzebą sformułowania ustawy w sposób najbardziej przejrzysty i krótki, a może ogólną racyą prawną, że wobec prawa wszyscy obywatele są równi, nie odpowiada jednakże zgoła przyrodniczemu sposobowi myślenia, upatrującemu doskonałość w jaknajdalej idącem indywidualizowaniu. Najwidoczniej przejawia się ta dążność w przepisach stanowiących o uszkodzeniach ciała, pod które według projektu wst. podpada wskutek tej tendencyi — wszelki zabieg operacyjny. Wedle projektu zabieg operacyjny, to w swej istocie uszkodzenie ciała. Na taką wprost skostniałą doktrynę prawniczą nie może się zgodzić logika przyrodnika, tembardziej, że takie pojmowanie sprawy nie daje żadnej pewności prawnej lekarzowi.

Że jednakże czynności lekarskich nie można podciągać pod jeden wspólny z czynnościami innych obywateli strychulec, że nie można traktować jednym tchem o uszkodzeniach ciała i zabiegach operacyjnych, pokazuje np. § 295 p. w. Paragrafy 292 do 294 p. w. mówią o spędzeniu płodu wogóle, a potem czytamy w § 295 szczególne uwzględnienie czynności lekarskich w następujących słowach: »§ 295. Lekarz, który spędza płód lub zabija go w łonie matki w celu ustrzeżenia ciężarnej przed niedającem się w inny sposób usunąć niebezpieczeństwem życia czy też niebezpieczeństwem trwałego, ciężkiego uszkodzenia zdrowia, nie podlega karze za spędzenie płodu«.

Otóż ten § 295 p. w. dowodzi najlepiej, jak skostniałą jest doktryna prawa. Bo czyż nie wymagają najelementarniejsze zasady logiki, by po ogólnych postanowieniach karnych o uszkodzeniach cielesnych pomieszczono także odpowiedni paragraf w duchu § 295 o bezkarności należycie operującego lekarza? Wedle §§ 292—294 jest spędzenie płodu przez każdego nielekarza w każdym przypadku karygodne, zaś dokonane przez lekarza w okolicznościach przewidzianych w § 295 niekarygodne. Wszak to przepis specyalny! A czemże da się uzasadnić, by tylko w przypadkach spędzenia płodu były specyalne przepisy dla lekarzy?

Obok tej tendencyi podciągnięcia lekarzy z jednej strony pod ogólnie obowiązujące normy, bez szczególnego uwzględnienia ich charakteru zawodowego, da się w projekcie z drugiej strony jeszcze odczuć równocześnie dążność, by stanowić specyalne przepisy o szczególnej karygodności lekarzy w odniesieniu do ich zawodowej czynności. Dwie te tendencye walczą na każdym kroku o lepsze. Przepisów szczególnych, przeciw lekarzom zwróconych, jest tak wiele, że chyba po wejściu tego projektu w życie już po roku nie będzie lekarza, któryby nie popadł w kolizyę z ustawą.

Projektodawca okazał wielką gotowość do stanowienia osobnych przepisów przeciw lekarzom, ale żeby wyodrębnić czynności lekarskie z pojęcia zwykłego obrażenia ciała, na to mu nie pozwoliła jego doktryna.

Projekt wstępny obarcza lekarza w § 464 ust. 5, jak najcięższej pojętym przymusem zawodowym, w § 403 tajemnicą zawodową, stanowi o wyższej jego karygodności (§ 273 p. w.) ze względu na stanowisko społeczne, wymagające szczególnego zaufania; nieprawdziwe zeznanie każdego lekarza jest przestępstwem (§ 213 p. w.) itd. itd. Byłoby więc rzeczą sprawiedliwą, żeby za te wszelkie ciężary ustawa chroniła lekarzy. Skoro pod wielu względami pełni lekarz obowiązki urzędnika, należy mu się słusznie opieka z §§ 100 lub 101 i § 296 l. 2 p. w., opieka, jaką ma przez p. w. zapewnioną każdy konduktor tramwajowy i każdy dozorca szyn. Żądanie szczególnej ochrony przez ustawę karną staje się tembardziej zrozumiałe, jeśli sobie uprzytomnimy, na jakie nieraz brutalności bywa lekarz narażony, jako lekarz kasy chorych, sądowy, więzienny, na różnych komisyach, jako lekarz gminny i t. d.

Teraz przystępujemy do szczegółowej oceny ustawy i pomówimy najpierw o tych paragrafach, które odnoszą się bezpośrednio do czynności lekarskich, a potem o tych, które lekarzowi w wykonaniu zawodu nakładają obowiązki, nie mające nic wspólnego z jego czynnością lekarską.

I.

Do czynności lekarskich, jako takich, odnoszą się w projekcie wstępnym tylko dwa §§ 312 i 295. Właściwie tylko § 295, który wyżej przytoczyłem, zajmuje się czynnością lekarską, natomiast § 312 podciąga niedbałą czynność lekarską pod ogólne postanowienia o »narażeniu cielesnego bezpieczeństwa« przez niedbalstwo. Ważniejsze znaczenie dla lekarzy wogóle ma § 312 p. w.

Najpierw należy zaznaczyć, że w nowym projekcie nie zostały pomieszczone obecnie obowiązujące §§ 356 i 357 ust. kar. o t. zw. błędzie lekarskim i § 357 (o zaniedbaniu chorego), karzący za zaniedbanie chorego, objętego w leczenie, grzywną, a tylko w razie ciężkiego nadwerężenia zdrowia lub nawet śmierci chorego, żądający zastosowania § 335 ust. kar. (areszt zwykły lub ścisły). Nowy projekt podciąga wszelakie zaniedbanie ze strony lekarza, a więc i błąd lekarski i zaniedbanie chorego, bez względu na wynikłą, a nawet wyniknąć mogącą szkodę, pod § 312 p. w., który brzmi: »Narażenie cielesnego bezpieczeństwa przez niedbalstwo: § 312. 1) Kto przez niedbalstwo sprawi niebezpieczeństwo dla życia, ciała lub zdrowia drugiego, ma być karany więzieniem lub aresztem do 3 miesięcy lub grzywną do tysiąca koron. 2) Kto czynu w niedbalstwie pośród szczególnie niebezpiecznych okoliczności dokona, oraz 3) kto przez niedbalstwo wywoła ciężkie uszkodzenie ciała lub ciężkie poszkodowanie zdrowia drugiego, ma być karany więzieniem lub aresztem od 3 dni do 6 miesięcy, lub grzywną od 20 do 2000 koron. 4) Kto przez niedbalstwo spowoduje uszkodzenie ciała, przewidziane w § 299 od 1—3, lub śmierć drugiego, ma być karany więzieniem lub aresztem od 2 tygodni do 2 lat. Obok kary więzienia może w przypadkach od 2—4 być wymierzona grzywna aż do 5000 koron«.

Przepisy te pozostawiają bardzo wielką dowolność sędziemu, który wedle swego zapatrywania może skazać podsądnego na grzywnę lub areszt, i to na zwykły lub ścisły. Dalej należy zwrócić uwagę, że nigdzie w projekcie niema dokładnej definicyi, co należy rozumieć przez »ciężkie uszkodzenie ciała«, a co przez »ciężkie poszkodowanie zdrowia«. Prawdopodobnie do oceny w tym względzie powoływać będzie sędzia znawców-lekarzy, co stanowi pewien postęp w porównaniu z obecną ustawą karną, określającą w § 152, jako ciężkie uszkodzenie ciała takie, które wywołało naruszenie zdrowia lub niezdolność do pracy zawodowej najmniej przez 20 dni trwającą. Zarówno ten przepis i § 155 u. k. obecnie obowiązujący, mówiący o »30-dniowej niezdolności sprawowania obowiązków swego powołania«, był przyczyną, że poszkodowani, o mściwem usposobieniu, symulowali niezdolność do pracy i przeciągali ją do 20, względnie 30 dni. Powoływanie więc w każdym przypadku znawców, bez stanowienia z góry terminu, witamy jako postęp.

Wspomniany w § 312 projektu § 299, 1—3, brzmi: »§ 299. 1) Kto mowę, wzrok, słuch lub zdolność płodzenia drugiego niszczy lub istotnie i trwale upośledza, 2) kto drugiego kaleczy lub ciężko oszpeca, 3) kto drugiego wtrąca w nieuleczalną lub długotrwałą chorobę ciała lub duszy, lub go czyni stale niezdolnym do zawodu lub pracy, karany będzie itd.«.

Przepis ten nie określa znowu, co znaczy »okaleczenie« w rozumieniu ustawy. Czy oderwanie komuś paznokcia u palca jest już okaleczeniem, czy też okaleczenie dopiero zaczyna się z utratą członka palca? Toż samo używa projekt na oznaczenie »oszpecenia« dwóch określeń: »schwer entstellt«, »verunstaltet«. Jaka między niemi różnica? Kiedy się zaczynają, a kiedy kończą? Czy np. bliznowate wywinięcie powieki, utrata połowy wąsów (leczenie Roentgenem) jest ciężkiem oszpeceniem w rozumieniu § 299? (C. d. n.).

Stahr.

Subkomitet komisyi dla ubezpieczenia społecznego uchwalił przyznać kasom chorych prawo otwierania własnych aptek. X.

Z projektem wskrzeszenia dentystów ma podobno, jak donosi »Medizinische Klinik«, wystąpić rząd austryacki. Według projektu, dentysta nie potrzebuje być lekarzem, lecz wystarczy do tego »dokładne wykształcenie w zawodzie dentystycznym«! — Namiestnictwo galicyjskie zezwoliło na wyłączenie techników dentystycznych z dotychczasowego Stowarzyszenia przemysłowego złotników we Lwowie i na utworzenie dla nich odrębnego Stowarzyszenia przemysłowego pod nazwą: »Gremium techników dentystycznych« z siedzibą we Lwowie. Do Gremium należeć będą miejscowości: Lwów, Przemyśl, Sambor, Stryj, Mościska, Gródek Jagielloński, Rudki i Żydaczów. X.

Z administracyi znaczków receptowych.

Sprzedano znaczków:	4 h	1 h
Od roku 1904 do końca maja 1910 . .	512,942	437,194
W czerwcu 1910	2,600	7,000
Razem .	515,542	444,194

Dr Żydłowicz, administrator

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 3. VII. do 9. VII 1910 doniesiono o nowych przypadkach duru plamistego w pow. Drohobycz (m. Drohobycz 8), Horodenka (Żabokruki 2, Podwerbie 4), Jaworów (Jazów stary 2), Kolbuszowa (Widełka 1), Kołomyja (Balińce 1), Lisko (Skorodne 1), Lwów (Nawaryn 2, Mostki 2), Przemyślany (Nowosiółka 1), Turka (Jabłonka niżna 3), i o jednym przypadku ospy w m. Krakowie (chory z Bolechowic p. Kraków). Dr T.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 3. VII. do 9. VII. 1910 zgłoszono przypadków: błonicy 8 † 1 (w tem obcych 4 † 1), krztuśca 1 † 1, płonicy 5 † 1 (1 † —), odry 2, duru brzusznego 3 † — (2 † —), róży 2 † 1, tężca 4 † 2 (3 † 2). Dr Janiszewski.

Choroby zakaźne w Warszawie. Od 12. VI. do 18. VI. 1910 przybyło do szpitali warszawskich przypadków: ospy 19 † 4 (w całem mieście † 7), odry 3 († 6), płonicy 13 († 9), błonicy 4 († 4), róży 10 († 1), duru plamistego 16 († 1), duru brzusznego 12 († 4). (Gaz. lek. Nr 28).

Wiadomości bieżące.

Kraków. Rada miejska uchwaliła odstąpić Towarzystwu walki z gruźlicą bezpłatnie kawałek gruntu przy ul. Kopernika pod budowę dyspensatoryum i muzeum przeciwgruźliczego.

— Ustępującemu ze stanowiska lekarza miejskiego Drowi Ignacemu Schaittrowi, uchwaliła Rada miejska wyrazić szczególne uznanie za wieloletnią działalność.

— Dyplom doktorski uzyskał p. Bronisław Władysław Wachulski, rodem z Brodów w Galicyi i p. Włodzimierz Mikułowski, rodem z Cieszanowa w Galicyi.

Warszawa. Towarzystwo lekarskie w Lublinie obchodziło w tych dniach 35 lat istnienia, a zarazem jubileusz 35 lat pracy swojego członka, Dra Aleksandra Jaworowskiego. Jubilat był pierwszym bibliotekarzem Towarzystwa, zgromadził i uporządkował jego bibliotekę i położył wiele zasług około jego rozwoju.

Z różnych stron. Trzecia naukowa wycieczka lekarska odbędzie się w listopadzie b. r. i potrwa dni 30 t. j. od 5. listopada do 5. grudnia. Koszta wyniosą najmniej 1000 koron od osoby. Wycieczka ta urządzona staraniem lekarzy praktykujących w zdrojowiskach czeskich, rozpocznie się w dniu 5. XI. z Genui, skąd wypłynie parowiec, znany z wytwornego urządzenia, »Thalia«, popłynie wzdłuż Riwiery włoskiej i francuskiej i zdąży do Barcelony. Przez dni 10 potrwają wycieczki lądowe po całej Hiszpanii, a w porcie Kadix wycieczkowcy znów wsiądą na okręt i zwiedzą Marokko, Algier, Tunis z ruinami Kartaginy, potem Sycylię z nowo odbudowaną Messiną i słynną z piękności położenia pod Etną i ruin Taorminą. Wycieczkę zakończy zwiedzenie Dalmacyi i podróż do stolicy Czarnogóry Cetynii.— Po bliższe szczegóły, dotyczące tej bardzo zajmującej i wygodnie urządzonej wycieczki, zgłaszać się należy zaraz, a najdalej do 1. sierpnia br. do lekarza w Karlsbadzie Dra Hugona Starka (Sprudelstrasse, Haus Amerikaner). Wycieczki lądowe urządza firma Hartmann (Kolonia nad Renem) i zapewnia I klasę jazdy kolejami i całkowite utrzymanie w hotelach pierwszorzędnych. Zebrać się musi przynajmniej 100 uczestników, aby podróż mogła się odbyć. Dr Obtułowicz (Lwów).

— Na ostatnim Zjeździe im. Pirogoffa obradowano między innemi nad reformą studyów lekarskich w Rosyi, a przedewszystkiem nad zniesieniem licznych, a niepotrzebnych i zabierających dużo czasu egzaminów. X.

— Dr Józef Hornowski habilitował się we Lwowie z zakresu anatomii patologicznej.

— Liczba słuchaczy medycyny w Niemczech wzrosła z 9462 w r. 1909 na 10,602 w r. b.

— Prof. Strümpell przenosi się z Wiednia do Lipska jedynie z powodu licznych braków kliniki wiedeńskiej, których rząd mimo przyrzeczeń nie usunął.

Mianowani: Doc. Onodi profesorem nadzw. laryngologii w Peszcie; internista Doc. Schönborn profesorem nadzw. w Heidelbergu;

Doc. Dr Roman Nitsch bakteryologiem miejskim w Krakowie.

Powołani: Fizyolog Doc. Jensen do Getyngi, chirurg Prof. Payr do Tübingen.

Zmarli: Ginekolog Doc. Zajacky w Moskwie, pedyatra Prof. Mori w Medyolanie;

Dr Maryan Cywiński w 57 r. ż. w Mohylowie (z duru plamistego).

Redakcya otrzymała: Opolski: Pogadanka o tegoczesnym przemyśle w lecznictwie »Tyg. lek.« 1910.— Spira R.: Bericht über die Thätigkeit des rhino-otiatrischen Ambulatoriums am israelitischen Spitale in Krakau f. d. Jahr 1909. »Arch. für Ohrenh.« — Caruso: O niedokrwistości podczas ciąży. »Odczyty klin., wydawane przez Red. Gazety lek.« Nr 203/4, (przeł. E. Lewenstern). — J. Morawski: Zur Pathogenese der Hydromyelie. »Jahrb. f. Psych. u. Neurol.« 1910. — Posiedzenia naukowe Towarzystwa lek. lwowskiego w r. 1909. Odb. »Tyg. lek.», str. 182. — St. Saski: Zmiany miejscowe w krążeniu przy ruchach czynnych kończyny. Odb. »Gaz. lek.« 1910.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.



ŠARATICA

Spis lekarzy ordynujących w miejscach kąpielowych.

Ogłoszenie płatne.

(Naśladownictwo zastrzeżone).

I. Zdrojowiska krajowe:

Iwonicz.

Dr **Turzański Grzegorz Jarosław**, lekarz zakładowy.

Krynica.

Dr **Cercha Maksymilian**, („Domek Szwajcarski“).
Dr **Dębicki Klemens**, „Pod Jeleniem“.
Dr **Lewicki Stanisław**, b. asystent kliniki położ. ginek. Uniwersytetu lwowskiego.
Dr **Pruszyński Jan**, Docent Uniw. lwow. Dom Zdrojowy.

Rabka.

Dr **Lang Otokar**, Willa „pod Luboniem“.
Dr **Supiński E.**, lekarz zdrojowy.

Szczawnica.

Dr **Hammerschlag Rudolf.**
Dr **Gorski Xawery**, b. lekarz zakładowy (zimą w **Abacyi**).
Dr **Kolączkowski**, ord. i prowadzi pensyonat hidropatyczny.
Dr **Kruszyński Kazimierz**, Radca cesarski.

Truskawiec.

Dr **Pelczar Zenon.**
Dr **Praschil Tadeusz**, lekarz zakładowy.

II. Zdrojowiska zagraniczne:

Bad Hall (w górnej Austryi).

Dr **Feuerstein Leon**, Villa „Söllradl“.

Baden pod Wiedniem.

Dr **Kümmerling Henryk**, lekarz zdrojowy, Renngasse 3.

Cieplice Trenczyńskie.

Dr **Filipkiewicz Stefan**, lekarz zakładowy.

Franzensbad.

Dr **Przybylski Stan.** Palast Hotel. Wejście od Kirchenstr.
Dr **Steinsberg Leopold**, we własnym zakładzie leczniczym, (Willa Dra Steinsberga).
Dr **Zeitner Józef**, Kirchenstr. Villa „Stadt Paris“.

Gleichenberg.

Dr **Bulikowski**, Radca ces., Villa „Höflinger“ IV.

Karlsbad.

Dr **Obmiński Ksawery**, objął od 1 czerwca b. r. zakład dla elektr., wibracyi i masażu po śp. Drze Kaufmanie. „Maltaserritter“.

Kissingen (w Bawaryi).

Dr **Chłapowski F.**, Radca san. Prinzregentenstr. 1, tamże pensyonat dyetetyczny własny.
Dr **Maciejewski**, Sanatorium „Quo vadis“ Ludwigstr. 16.
Doc. Dr **Modrakowski J.**, Villa „Elsa“.

Marienbad.

Dr **Eichhorn Ferdynand**, ord. jak dotychczas Dom „Mozart“.
Dr **Jasinicka Marya**, Schloss Heilbronn, Kaiserstrasse.
Dr **Kwiatkowski Stanisław Benedykt**, ordynuje od 1 maja do 1 października „Haus Hamburg“.
Dr **Z. Szczepański**, od 20 maja „Haus Schiller“.